

Pascale Thouvenin

ETHNOGRAPHIE DE LA FORMATION DES INFIRMIERES FRANÇAISES

Réglémentée par le décret du 27 juin 1922, le métier d'infirmière ne s'exerce qu'à la condition de détenir un diplôme délivré par l'Etat français¹. Outre l'institution de trois brevets de capacité, ce décret instaure un Conseil de Perfectionnement des Infirmières, conseil visant à l'élaboration et à l'amélioration des programmes en contrôlant les écoles et la délivrance des diplômes. Depuis, ce décret sera modifié sept fois^{2 3 4}. Le diplôme d'infirmier(e) se prépare actuellement dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers après des épreuves de sélection.

Un conseil technique présidé par un représentant de l'Etat⁵ comprend le directeur de l'Institut de formation et le directeur technique, des représentants de l'organisme gestionnaire, des personnalités compétentes, la conseillère technique régionale en soins infirmiers, des enseignants et des étudiants. Ce conseil technique est consulté sur toutes les questions relatives à la formation des étudiants. Il existe deux types d'Instituts en Soins Infirmiers, ceux qui sont gérés par un établissement public de santé et ceux dépendant d'un établissement privé.

C'est aussi l'Etat français qui définit les programmes d'études préparant au diplôme

d'infirmier(e)⁶. Modifié cinq fois, le programme conduisant au diplôme d'Etat est commun aux secteurs de soins généraux et psychiatrique. D'une durée de 136 semaines, il articule en 4620 heures d'enseignement, 140 heures de suivi pédagogique et 2280 heures de stages cliniques. Ce programme s'aligne sur les dispositions européennes d'instruction et de formation des infirmières⁷.

Le programme d'enseignement théorique comporte vingt et un modules obligatoires et huit optionnels, l'étude des actions infirmières s'associant à celle de la santé publique et de l'éducation, de la sémiologie et de la pathologie dans chacun des modules de soins infirmiers. Volontairement orienté vers la personne, la finalité de la formation vise à⁹ « l'élaboration de projets professionnels par les étudiants assurera l'enrichissement du patrimoine culturel infirmier en vue d'une prise en charge holistique de la personne soignée » le terme de « personne » figurant au descriptif de chaque module, celui « d'holistique » signifiant dans le langage infirmier¹⁰ la prise en considération de la globalité de la personne soignée. Ce programme recherche aussi une meilleure cohésion entre la formation initiale et la

¹ KNIBIEHLER (Y) et al : *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette 1984, pp 112-115

² décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

³ décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

⁴ CHEVANDIER (C), *Les métiers de l'hôpital*, Paris, Editions La découverte, pp 60-61 (collection repères)

⁵ Arrêté du 18 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de formation paramédicaux

⁶ Arrêté du 23 mars 1992 modifié par l'annexe à l'arrêté du 28 septembre 2001 : programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière

⁷ Accord européen du 25 octobre 1967 concernant l'instruction et la formation des infirmières

⁸ Directive 77-453 de la CEE du 27 juin 1977 visant la coordination des dispositions réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmière responsable en soins généraux

⁹ Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière. Annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 modifié par l'annexe à l'arrêté du 28 septembre 2001, Finalité de la formation

¹⁰ DUBOYS FRESNEY (C), PERRIN (G), *Le métier d'infirmière en France*, Paris, Puf, 1999, pp 31-64 (collection que sais-je)

pratique professionnelle, c'est pourquoi il s'appuie sur la définition des soins infirmiers figurant dans le décret régissant l'exercice de la profession d'infirmier (e).

La formation en soins infirmiers s'organise en circuit fermé. Ce circuit englobe deux institutions contrôlées par l'Etat, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et l'hôpital et deux catégories d'âge distinguant les futures diplômées / des diplômées, cette dernière se subdivisant en catégories professionnelles hiérarchisées, l'obtention du diplôme de cadre représentant un degré d'ancienneté dans la profession d'infirmière.¹¹

Chargés de la formation, les cadres infirmiers enseignent donc les « principes de soins », principes transmis lors de l'acquisition de « concepts de soins infirmiers »^{12 13} et de techniques de soins réalisées sur un mannequin d'apprentissage puis entre étudiantes et enfin auprès des malades lors de stages.

Plusieurs travaux de recherche étudient le métier d'infirmière et sa formation initiale. Ceux d'Yvonne Knibiehler de nature historique¹⁴, situent ce métier par rapport à la profession médicale en recherchant « les aptitudes » désignant les femmes pour remplir la fonction d'infirmière. Elle rattache ce métier à la question du travail salarié des femmes, se posant la question de savoir quels métiers leur sont concédés au XIX^e siècle.

Une autre étude d'ordre psychosociologique¹⁵ examine les facteurs individuels intervenant comme « dispositions » déterminant les choix professionnels. Enfin,

l'ethnologue Anne Vega¹⁶ analyse les étapes informelles qui ponctuent les initiations infirmières¹⁷.

A la différence des médecins¹⁸ initiés à la clinique, on peut rapprocher la formation des infirmières de celle des officiers de santé, formation fondée sur l'expérience et l'acquisition d'une pratique « dont l'empirisme contrôlé » consiste en une pédagogie de l'exemple fondée sur l'intégration de l'expérience au niveau de la perception, de la mémoire et de la répétition. Cette distinction sociale entre deux corps introduit au XVIII^e une différence de niveau des aptitudes, celles des médecins et des officiers de santé, car pour soigner le peuple il n'y a pas besoin d'être savant et profond dans la théorie¹⁹. C'est depuis la République²⁰ et lors du développement de l'hygiène que l'on délivre des diplômes d'infirmière, les médecins s'entourant de femmes, auxiliaires²¹ secondant leur action thérapeutique, position dominante qu'ils maintiendront, position qui, en réaction, pousse les cadres infirmiers à se soustraire de l'ordre médical par la recherche d'un champ d'autonomie²², celui du rôle propre et du diagnostic infirmier. Comparativement à d'autres auxiliaires médicaux tels que les

¹⁶ VEGA (A), *L'identité des infirmières hospitalières françaises. Construction et prégnance des images de la femme soignante*, Thèse de doctorat d'ethnologie et d'anthropologie sociale, E.H.E.S.S., janvier 1995

¹⁷ VEGA (A), *Initiations et apprentissages à l'hôpital. Comment devient-on infirmière ?*, Cahiers de sociologie économique et culturelle, Revue internationale n° 29, juin 1998, pp 37-61

¹⁸ FOUCAULT (M), *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 2000, p 90, (collection quadrige)

¹⁹ FOUCAULT (M), op. cit., pp 81-82

²⁰ KNIBIEHLER (Y) et al, op cit, pp 41-49

²¹ ACKER (F), *Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier*, in *Cognition et information en société*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales (Raisons pratiques 8), 1997, pp 65-94

²² Décret 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

¹¹ Décret n° 95-926 du 18 août 1995

¹² Les infirmières définissent le terme conception de soins infirmiers comme « un ensemble organisé de notions relatives aux soins infirmiers. Il repose sur un système de valeurs de référence théoriques, reflète la pratique professionnelle et permet de caractériser les soins infirmiers »

¹³ MAGNON (R), DECHANOZ (G), *Dictionnaire de soins infirmiers*, Paris, A.M.I.E.C., Publications, 1995, pp 42-42-207

¹⁴ KNIBIEHLER (Y) et al, *Cornettes et blouses blanches* op cit, 366p

¹⁵ WENNER (M), *Comment et pourquoi devient-on infirmière*, Paris, Editions Seli Arslan, 1999, 192 p

kinésithérapeutes²³ dont la domination s'effectue par médiation à distance, le métier d'infirmière confère à des femmes une relation de proximité lisible dans la division du travail, source de domination masculine, la femme étant naturellement²⁴ plus disposée à assurer des soins^{25 26}.

L'analyse de la gestuelle corporelle mise en œuvre lors de la transmission des pratiques de soins infirmiers nous intéresse particulièrement afin de mettre en évidence un mode de socialisation féminin, mode d'incorporation d'un habitus de domination par le biais d'un apprentissage technique, manières de faire et d'être d'un métier, celui d'infirmière.

La transmission des techniques de soins infirmiers suppose un apprentissage spécifique, défini par un programme d'Etat et se veut très encadré. Ces savoir-faire se transmettent sur le mode du compagnonnage par l'intermédiaire de professionnels certifiés par un diplôme de cadre et à l'hôpital par des infirmières diplômées. Quelle que soit l'institution, il est important que les étudiantes acquièrent des dispositions convenables. A l'Institut de Soins Infirmiers ou à l'hôpital, le geste technique se décompose en opérations très codifiées reproduites par imitation lors d'un apprentissage répété sur un mannequin puis en stage auprès des patients. L'apprentissage des savoir-faire implique alors d'imiter l'autre et par-là de se conformer « aux principes de soins », ordre légitime et immuable à reproduire. A l'Institut en Soins Infirmiers, les gestes techniques se

²³ GAUBERT (C), « *Faire sa position et s'y faire* ». *Accès à une position dominée du champ médical et appartenance à un corps : structuration du curriculum, sélection des dispositions et inversement des élèves masseurs kinésithérapeutes dans leur formation*. Thèse de doctorat de sociologie, E.H.E.S.S, en cours de rédaction

²⁴ PERROT (M), *Qu'est ce qu'un métier de femme*, Revue Le mouvement social, n° 140, juillet- septembre 1987, Editions ouvrières, Paris, pp 3-8

²⁵ KNIBIEHLER (Y) et al, op cit, pp 58-59

²⁶ KNIBIEHLER (Y), FOUQUET (C), *La femme et les médecins*, Paris, Hachette, 1983, pp 177-200

décomposent et s'énoncent à haute voix sur un mannequin, objet dépourvu de parole avec lequel l'étudiante n'entre pas en interaction. En stage, l'étudiante se confronte à la rencontre du patient avec lequel s'établit une relation de connivence.

La reproduction des « principes de soins » passe par l'adoption d'attitudes, qui s'incorporent implicitement par l'apprentissage gestuel des techniques de soins infirmiers, apprentissage informel contribuant à la standardisation des gestes tout autant que de l'étudiante les effectuant. Si ces attitudes acquises à l'Institut concourent à l'identification professionnelle, elles s'opposent et se confrontent à celles des infirmières hospitalières. C'est par un modèle de ressemblance que les étudiantes s'identifient à la bonne infirmière, valeurs qui s'affrontent voire, s'opposent entre l'Institut et l'hôpital, valeurs visibles lors de l'évaluation de stage, valeurs contribuant à l'apprentissage du positionnement, attitude contribuant au silence des étudiantes et à leur domination par leurs pairs ainsi qu'à l'usage de stratégies auxquelles recourent les enseignantes pour contrôler la formation.

- **La formation aux techniques de soins infirmiers à l'Institut de soins infirmiers**

La transmission des soins infirmiers se déroule dans trois espaces différents. L'amphithéâtre où se donnent les cours magistraux, les salles techniques servant aux démonstrations pratiques, les étudiantes y étant réunies en groupe, les stages lors desquels les étudiantes appliquent leurs acquis auprès des patients. Les étudiantes représentent leur apprentissage selon une progression par paliers : commençant à l'Institut sur un mannequin, puis entre étudiantes, il se poursuit en stage.

Pour donner à notre étude une base de bonne discussion, nous avons contacté deux Instituts

de Soins Infirmiers ²⁷, l'un dépendant d'un centre hospitalier général d'une ville moyenne, l'autre rattaché administrativement à un groupe d'hôpitaux universitaires.

Dans le premier établissement, compte tenu de la petite taille de l'Institut, nous rencontrons d'abord les enseignantes et les étudiantes de première année puis quelques mois plus tard, celles de troisième année. Il nous faut faire preuve de patience et renouveler nos demandes d'entretien auprès de la directrice de l'établissement qui, bien que manifestant son fort intérêt pour la recherche, nous fixe un rendez-vous pour un jour pendant lequel enseignantes et étudiantes sont indisponibles aux entretiens, occupées par des évaluations. C'est après les trois premiers entretiens et notre demande d'assister à des jeux de rôle que la directrice nous fait part de l'impossibilité de poursuivre notre recherche dans son établissement, notre présence risquant de perturber les étudiantes.

Dans le second établissement, c'est avec l'autorisation du directeur administratif responsable de la formation au sein du groupe hospitalier ainsi que celle de la directrice que nous observons l'année suivante et anonymement pendant deux ans et demi des séances de travaux pratiques appliqués sur un mannequin d'apprentissage par des étudiantes de tout niveau. Admise « dans la maison », les enseignantes et étudiantes manifesteront d'abord leur étonnement quant à notre intérêt pour un mannequin d'apprentissage puis abandonneront leur surprise, cherchant à nous en dire toujours plus sur la transmission de leurs pratiques de soins.

Le mannequin d'apprentissage des pratiques de soins infirmiers

La formation sur le mannequin se développe depuis 1960²⁸. L'apprentissage des techniques de soins à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers se déroule en salle de travaux pratiques. Cette formation par l'action repose sur un dispositif aussi proche que possible de la réalité hospitalière, mais dans un lieu volontairement distancié de l'hôpital et réservé à la transmission des pratiques de soins infirmiers. Cette pièce reconstitue une chambre de malade délimitant ainsi l'espace du travail infirmier, son mobilier se composant d'un lit, d'une table de nuit, d'un adaptable, d'une potence, d'un fauteuil placé à proximité, de deux prises murales d'oxygène et de vide se situant à la tête du lit. Vêtu d'une chemise d'hôpital, le mannequin est allongé dans le lit.

Le mannequin (de l'ancien néerlandais *mannekijn*, petit homme ²⁹) s'entend de nombreux objets anthropomorphes depuis les figures de bois à membres articulés à l'usage des peintres jusqu'aux formes de confection ou de présentation de vêtements.

Dans le domaine qui nous intéresse, il existe trois variantes de mannequin : des modèles anatomiques : squelettes, modèles d'ostéologie, des mannequins d'apprentissage des gestes de secourisme dont un créé en 1950 par Laerdal ³⁰, société norvégienne selon laquelle le modèle s'inspirait d'une légende européenne liée au repêchage en Seine du corps d'une suicidée dont on prit soin de conserver le masque mortuaire. Ce mannequin de taille et d'apparence réaliste faciliterait toujours, selon Laerdal, l'apprentissage des techniques de réanimation d'autant que des kits adaptables permettent de simuler diverses situations d'urgence telles que l'hémorragie, la brûlure, la fracture et qu'un bras d'apprentissage des ponctions

²⁷ I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers

²⁸ KNIBIEHLER (Y) et al, op cit, pp 254-255

²⁹ Dictionnaire Petit Larousse, Paris, 1969, p 623

³⁰ Source : catalogue Laerdal Medical, 1999

veineuses ainsi qu'un buste équipé d'une chambre implantable³¹ complètent cette variété de mannequin. Enfin, des mannequins d'apprentissage destinés à l'enseignement des soins infirmiers sont fabriqués en France, dans les pays scandinaves et dans ceux de l'est européen depuis la seconde guerre mondiale par des entreprises tout d'abord spécialisées dans les modèles anatomiques³².

D'un poids d'environ vingt kilos, le mannequin d'apprentissage des soins infirmiers se veut aussi semblable que possible à l'homme, d'ailleurs l'étymologie de son nom signifiant petit homme contient cette ressemblance. Le catalogue vante sa solidité et sa résistance. Son corps en mousse dont la texture imperméable ressemble au toucher à la peau est conçu pour recevoir aussi bien des soins de base^{33 34} que des instillations, des injections, des pansements et des sondages. Il est articulé pour la facilitation de sa mobilisation. Ses bras, cuisses et fesses comportent des zones d'injection amovibles afin qu'elles puissent être remplacées lorsqu'elles sont usées. Comme il est perforé aux orifices des narines, de la bouche, de la trachée, de l'anus et du sexe, il peut ainsi être sondé ; c'est pourquoi il est traité contre l'oxydation. Enfin, il est sexué, a des seins et un vagin amovible, le vagin pouvant être remplacé par un pénis.

Déroulement des séances de travaux pratiques de soins infirmiers

Si chaque enseignante choisit la méthode pédagogique qu'elle souhaite, les séances de travaux pratiques s'organisent globalement de manière similaire. Les techniques de soins sont présentées aux étudiants en référence aux

³¹ Une chambre implantable est un système implanté sous la peau et relié à une veine de gros diamètre. Elle permet la réalisation de prises de sang ainsi que de traitements intraveineux tels que les perfusions ou les chimiothérapies

³² Source : catalogue de vente des établissements Auzoux, année scolaire 2000

³³ Source : catalogue 3 B scientifique, année 1999

³⁴ Les soins de base consistent en des soins de toiletteage, d'entretien du corps et de manutention

règles professionnelles de l'exercice infirmier défini par l'Etat³⁵. Ces techniques se rattachent le plus souvent aux protocoles de soins infirmiers^{36 37} du groupe hospitalier auquel l'Institut appartient, les liens avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales³⁸ étant très étroits. Introduits dans les années 1990, les protocoles de soins infirmiers décrivent les techniques de soins à appliquer³⁹. Présentés sous forme de fiche technique, ils rassemblent chronologiquement un ensemble d'actions effectuées lors d'un soin infirmier.

L'enseignement pratique se veut « concret » et le plus semblable à la réalité hospitalière. Il se transmet par le biais du mannequin ou « d'une situation module », situation créée par l'enseignante et dont elle « a la pleine initiative pédagogique », situation néanmoins rattachée au module d'enseignement inscrit au programme des études d'infirmier défini par l'Etat⁴⁰, situation laissant croire que l'enseignante en aurait la pleine initiative. Les enseignantes recherchent la participation des étudiantes afin que la séance de travaux pratiques soit plus imagée et, dans un but pédagogique, pour que les étudiantes élaborent des liens entre leurs apprentissages à l'Institut⁴¹ d'une part et en stage d'autre part. Quel que soit leur niveau d'études, les étudiantes témoignent de leur expérience pratique issue de leurs stages et présentent la technique de soin à la place de l'enseignante lorsqu'elles l'ont déjà réalisé.

³⁵ décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

³⁶ BONNERY (A.M), *Protocoles de soins, méthodes et stratégies*, Paris, Editions hospitalières, 1995, 194p

³⁷ Guide du service infirmier : *Protocoles de soins infirmiers*, n°4, 1992, série organisation des soins, Direction des Journaux officiels, 87p

³⁸ C.L.I.N. : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

³⁹ BONNERY (A.M), op cit, p 17

⁴⁰ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

⁴¹ Source : projet pédagogique année 2001-2002 anonyme

Avant les séances de travaux pratiques, les enseignantes préparent des chariots sur lesquels elles disposent l'ensemble du matériel nécessaire au soin qu'elles exposent aux étudiantes de telle manière que leur contenu puissent être commenté et discuté aussi bien par les enseignantes que par les étudiantes.

L'enseignante présente l'ensemble de la technique de soins puis commente l'usage du matériel rassemblé sur un chariot et si besoin adjoint un photocopié et un film. Il s'agit pour elle d'apprendre à ses étudiants à rassembler le matériel nécessaire à la dispensation des soins par une technicienne⁴² opérant en raison de son rôle propre vis à vis des patients ou pour l'application d'un traitement médical prescrit, matériel qu'il faudra déplacer de la salle de soins à la chambre du patient.

L'imitation, moyen d'acquisition des techniques de soins infirmiers

Considéré comme « un autre virtuel » sans parvenir à le dénommer, sorte « d'objet ambivalent » dans la mesure où son corps ressemble à un être humain bien qu'il soit inanimé, le mannequin participe à la transmission d'actions codifiées par les règles juridiques de la profession d'infirmier⁴³ traduites en actes de soins. L'enseignement pratique se déroule « dessus le mannequin », « le mannequin est un objet qui permet à l'étudiant d'apprendre son organisation du soin », face au chariot de soins, « protocole en main ».

Simulée sur le mannequin par l'enseignante, « la procédure » s'énonce oralement et dans un ordre chronologique, ordre légitime : avant, pendant, après. « *Nous allons faire l'aspiration trachéale* » tout en commentant le contenu du chariot « *j'ai mis des gants, des compresses, une sonde* » puis réalisant en décomposant les gestes « *gants, compresse*

protectrice, vérifier l'aspiration, j'ouvre la trachéotomie, je vérifie les repères externes, glisser la sonde, tirer et tourner la sonde, reboucher, jeter la sonde ». Sans rapport au corps, le mannequin sert ici d'explicitation nécessaire à la bonne pratique.

C'est ainsi qu'après cette démonstration, les étudiantes reproduisent les gestes à tour de rôle sous le regard attentif de l'enseignante et des autres étudiantes. « Mettez-vous par trois, une prépare le matériel, une fait le soin, une observe », exercice sujet à questions et commentaires introduit par l'expression « *faites* ». L'acquisition de la pratique passe par celle de la préparation du chariot doublée d'une parole énonciatrice de ce qui est fait accompagnant la gestuelle.

« *Dites comment on s'y prend* » « alors... je désinfecte le chariot » « je mets les antiseptiques » « *pourquoi mettez vous deux flacons ?* », « c'est parce qu'il y a le savon et l'autre c'est la solution », « fiche outil du protocole » « ensuite le set de pansement et j'ajoute des compresses en plus et deux poubelles » « je remonte le lit » « je mets une solution hydroalcoolique sur mes mains » « *est ce que tout le monde voit ?* » « *continuez* » « j'enlève le pansement, je le jette » « *avant que faites-vous ?* » « J'installe la personne », « je me désinfecte les mains, j'ouvre le set, je dispose mon matériel, j'imbibe mes tampons, je désinfecte la plaie, je colle le pansement, je range mon matériel ».

L'énonciation comme moyen d'incorporation des techniques de soins infirmiers

L'énonciation joue ici un rôle prépondérant, la mémorisation par énumération à voix haute et la répétition des gestes s'incorporent progressivement pour parvenir à la maîtrise du geste, l'objectif étant de créer des automatismes.

« *Nous allons faire le lit à blanc* » « *à quoi faut-il penser ?* » « *Prenez tout votre matériel, vous le rentrez dans la chambre* ». « *on*

⁴² VEGA (A), *Initiations et apprentissages à l'hôpital. Comment devient-on infirmière ?*, op cit, p

42

⁴³ décret n° 2002-194 du 11 février 2002

recommence, on défait tout le lit » « ne croisez pas vos mains » « pliez vos genoux » « levez le drap » « engagez le » « après quand vous serez plus experte vous ferez tout d'un seul coup » « ça en fait des choses à apprendre » « allez à d'autres ». L'étudiante croise ses avant-bras « le fait qu'on croise les mains ça enlève des points ? » « Non, on essaie de vous apprendre des automatismes, il faut essayer tout de suite d'utiliser les bonnes mains », l'enseignante se place alors derrière l'étudiante, lui décroise les avant-bras, tient ses hanches, lui plie les genoux. « C'est pas évident » « C'est pour ça qu'on vous le fait faire » « vous voyez on essaie d'acquérir la technique du lit, ensuite il faut travailler la coordination » « repensez les mouvements chez vous ». « Engagez la couverture, ne croisez pas vos mains, mettez en une à plat, l'autre se soulève, pliez les genoux, non pliez vos genoux, tirez la couverture » « coordonnez vos mouvements avec votre partenaire » « pliez vos genoux, c'est une habitude à prendre ». « Autres étudiants » « engagez, reposez, attention, changez de main » « au début il faut réfléchir à ses gestes, c'est comme quand on apprend à conduire ». « Qui vient ? » « Attention, attendez votre partenaire, vous allez trop vite, vous êtes décalées » « faites bien ensemble, regardez vous, voilà » « c'est comme quand on fait de la danse, on apprend à suivre son partenaire » « On peut venir entre midi et deux ? » « Oui, c'est en faisant qu'on apprend » « Attention, tirez les coins, attendez, je viens, il est pas mal votre lit » « On est des expertes ! ».

L'apprentissage de la désobjectivation du corps

La maîtrise technique du soin infirmier passe par un objet avant de se traduire en acte sur un patient réel. Malgré toute l'ambivalence de la fréquence de son usage « chez nous, on ne s'en sert qu'occasionnellement » vis à vis de la rapidité de son usure « le dernier achat remonte à six ans » le mannequin participe à un apprentissage plus implicite, celui de la

désobjectivation du corps humain. D'ailleurs, bien que ses fabricants recherchent sa ressemblance à l'homme et que les enseignantes le présentent « comme une personne remplissant la fonction du patient lors d'une étude de cas », les étudiantes quant à elles ne le comparent jamais à un être humain. Les étudiantes expriment en premier lieu leur répulsion face à cet « objet » considéré comme ambivalent car « asexué et sans nom », « sa laideur et pâleur, ses yeux exorbités, » « déclenchent des tas de choses », « la raideur et lourdeur » de son corps ne facilitant pas sa manipulation. Malgré cette sensation et cet inconfort de maniement et bien qu'il soit « moche », c'est pourtant sur le mannequin que les étudiantes acquièrent les techniques de soins à l'Institut de Soins Infirmiers. C'est grâce à l'artifice de « son corps en mousse », d'apparence humaine « ne représentant pas le réel » que repose toute la commodité de l'apprentissage. Considéré par les enseignantes et les étudiantes « comme objet d'expérience » « pas très utile », son emploi se révèle cependant « sans risque » car subissant « les maladroitures de la première fois ». Bien que « raide, sans expression et muet », le mannequin facilite la maîtrise des angoisses par la maîtrise du corps objet « car s'il n'y a pas de retour, il n'y a pas d'enjeu et si on lui fait mal, il ne dira rien » « on se dit, c'est pas grave, c'est le mannequin » « le mannequin est là pour subir, sans rien renvoyer ».

La désobjectivation du corps humain comme moyen de maîtrise des angoisses

Tout en saisissant bien l'utilité de ce mannequin considéré comme objet d'exercice et donc sans risque, remarquons cependant que son usage ne laisse pas les étudiantes indifférentes. C'est lors des entretiens qu'elles témoignent de leurs perceptions, sensations et émotions éprouvées lors de leur contact avec le mannequin. L'une d'elles exprime peu à peu son malaise face à lui. D'état « d'objet » il devient « un machin assez laid » qui lui provoque « des tas de choses ». Le fait de

parler de son apparence puis des gestes qu'elle effectue sur lui l'amène à exprimer son ressenti « on a mis face à ça sans savoir ce qu'on pouvait ressentir dans notre corps » « si on était capable d'affronter ce truc tout nu » « il avait une chemise d'opéré, mais bon, il fallait bien le découvrir pour lui faire une toilette » « il est impressionnant au niveau des représentations pour lui faire des soins » « ça fait un trou en plastique, c'est vrai que c'est assez curieux quoi » « j'ai eu carrément des sueurs froides » « à être très très mal » avouant finalement sa crainte de mal faire « j'ai vachement peur de louper ».

Pourtant, ces sensations et émotions ne se verbalisent jamais. L'apprentissage gestuel s'accompagne d'une sensation générale de gêne dont témoignent enseignantes et étudiantes « *c'est vrai que lorsqu'on aborde certains sujets, ils se regardent tous, ils font des mimiques, ils prennent tous un petit air gêné* ». « On s'amuse bien des fois »... « mais c'est quand même une formation où on n'ose pas trop rire » « on regarde la tête de tout le monde » « tout le monde a des espèces de sourires figés à retenir le fou rire » « oui, on a tous des sourires chroniques » « quand on est gêné, il vaut mieux en rire que de montrer sa gêne ».

L'apprentissage de la maîtrise de soi

Ces fous rires ponctuent constamment l'apprentissage gestuel. L'émotion quant à elle, se mime. Nous en observons l'expression lors de l'apprentissage de pose d'une sonde vésicale, exercice périlleux particulièrement redouté par les étudiantes compte tenu de sa valeur symbolique et de sa difficulté technique. Toucher cette partie du corps n'est pas anodine et retient toute notre attention.

L'enseignante invite l'étudiante à exprimer sa peur « *qu'est ce qui vous fait peur, il faut nous le dire tout de suite* », sans que l'étudiante ne réponde. Pourtant, son regard croise constamment celui de l'enseignante qui guide ses mains, son corps quant à lui laisse transparaître son émotion, ouvrant de grands

yeux, elle laisse échapper « c'est terrible ». « *Mettez vos gants* ». L'étudiante enfile ses gants et se trompe de doigt, elle rit. « *Enfiler les quatre doigts et mettez le pouce en l'air* ». « C'est horrible ». Elle s'approche du mannequin. « *Prenez votre sonde* ». « Je peux la prendre avec les doigts ? ». Elle souffle « j'attaque ». « *Lubrifiez votre sonde* ». L'étudiante saisit alors sa sonde, se rapproche du mannequin, tourne la tête, inspire par la bouche, ferme les yeux, crispe son visage et souffle de nouveau. « *Vous y êtes* » « *poussez sur dix centimètres* ». Elle tourne à nouveau sa tête en introduisant la sonde. « *Gonflez votre ballonnet* ». Elle crispe ses mâchoires. « *Vous souffrez, on le sent* ». L'étudiante ne parle pas, elle sert les mâchoires, se mord les lèvres, tourne la tête, souffle, fixant un sac au bout de la sonde. « *Tout va bien* ». L'étudiante retire le champ stérile recouvrant le pubis du mannequin, souffle, enlève ses gants stériles tout en commentant « c'est un geste simple, une sonde gastrique c'est plus facile, c'est pas stérile, ...C'est costaud ! ».

L'acquisition des grands principes des pratiques de soins infirmiers

C'est donc pour « apprendre une organisation du soin » et « expérimenter la technique » qu'enseignantes et étudiantes emploient le mannequin. Cet enseignement se transmet par le biais d'un « protocole » reproduit sous forme de gestes. Chaque étudiant « passe » sur le mannequin et acquiert progressivement « la maîtrise du geste ». Outre la mémorisation chronologique des gestes énoncée et simulée, les étudiantes affinent « leur doigté » par acquisition « des principes ».

Souvent légitimés par le respect de l'asepsie, ces principes impliquent « la rigueur » et « l'organisation ». Ici, la minutie de chaque geste est essentielle et n'intervient pas au hasard, les commentaires de l'enseignante soulignent ainsi chaque détail utile à la pratique de soins, reprenant méthodiquement et autant que nécessaire chaque étudiante, la quasi-perfection du geste commenté en écho

de la pratique de soin contribuant à sa maîtrise.

« On va dire que vous faites une intramusculaire » « on va l'aider » « dites ce que vous faites » « je sors mon matériel » « je me lave les mains » « je regarde la date de péremption de mon produit » « j'ouvre la seringue, je place le trocart » « vous êtes bien, il n'y a pas de faute d'asepsie attention aux doigts sur le piston » « allez y c'est bien » « je fais coulisser ma seringue » « attention aux cheveux, pas dans le plan de travail » « et maintenant on aspire » « vous avez un peu d'air, mettez votre aiguille à ras du bouchon » « j'enlève mon trocart, je vais vers le mannequin, je ne lui parle pas, je me lave les mains, je pique, j'aspire, j'injecte » « comment on voit qu'on est dans un vaisseau ? » « il y a une goutte de sang » « c'est résistant » « c'est du muscle » « est ce qu'il faut enfoncer l'aiguille jusqu'au bout ? » « si une personne est maigre on ne la rentre pas entièrement » « et voilà » « quand vous retirez votre aiguille, vous avez toujours une boule de gaze dans la main » « pourquoi ? » « C'est pour masser » « évitez de remettre votre compresse sur le chariot » « je la jette dans la poubelle » « laquelle ? » « Celle qui est contaminée » « c'est bien ».

L'usage du protocole comme mode de standardisation des pratiques de soins infirmiers

Conçu comme moyen d'unifier les pratiques soignantes⁴⁴, l'usage du protocole introduit une forme de standardisation de l'acte technique à laquelle les enseignantes forment les étudiantes. La recherche de qualité du geste s'acquiert en groupe dès le début des études et jusqu'à leur fin, une étudiante simulant le geste sur une autre le sous le regard d'une étudiante « experte ». L'enseignante présente « la démarche qualité » sous forme de cas concret, l'objectif étant de participer à la lutte contre les infections nosocomiales en se centrant sur le

risque d'infection et d'exposition au sang tout en développant sa capacité d'évaluation. Les étudiantes disposent d'une grille⁴⁵ récapitulant l'ensemble des gestes classé par ordre chronologique, la grille mesurant le respect de la procédure décrite au moyen d'items oui- non.

L'exercice pratique à voix haute se ponctue d'arrêts marquant les erreurs ou les oublis, ceci dans le strict respect du protocole inscrit sur la grille « tu as oublié ta poubelle » « tu injectes ton chlorure de sodium à l'envers » « erreur.. protection » « enlève ton garrot » « tu as oublié de vérifier ton reflux veineux » « tu n'as pas pris de compresse pour retirer ton trocart ». Les grilles sont ensuite exposées, comparées et commentées le lendemain par une infirmière hygiéniste, « l'observance du protocole concourant à la sécurité du patient ». Cette recherche de qualité conçue sur le principe des guidelines⁴⁶ crée « un consensus d'équipe » transmis sous forme de messages péremptaires « faites ça, pas ça » et de gestes automatiques « avoir le réflexe professionnel » veillent à l'application commune de la pratique quelles que soient les personnes qui l'appliquent, cette standardisation voulue de l'acte technique devenant réalisable par des personnes interchangeables.

L'apprentissage du morcellement du corps humain

Connaissant la volonté d'un programme national défini par l'Etat orienté vers la prise en charge globale de la personne dans une dimension bio-psycho sociale et culturelle⁴⁸, et sa traduction dans les règles d'exercice de

⁴⁵ BONNERY (A.M) et al, op. cit. , pp133-181

⁴⁶ BONNERY (A.M) et al, op. cit p 21

⁴⁷ L'auteur définit un guidelines « comme des recommandations correspondant à des messages simples, applicables de façon identique, quelles que soient les structures ou le matériel »

⁴⁸ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

⁴⁴ BONNERY (A.M) et al, op cit, p 5

la profession d'infirmier⁴⁹ « les soins infirmiers ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle », les étudiantes soulignent la contradiction entre cette volonté de globalité et l'apprentissage morcelé qu'ils effectuent réellement sur le mannequin. Lors des entretiens, les étudiantes insistent sur les multiples prouesses permettant de le transformer à souhait selon les pratiques de soins, celles-ci étant transmises par les enseignantes ou les pompier.

Ainsi, c'est par le biais d'un cas concret « pour rendre la situation plus réelle » tout en simulant une pratique de soins sur le mannequin que les étudiantes s'adressent à une personne objet remarquant l'ambiguïté de cette situation « c'est monsieur Dupont qui a un pansement » « je vais vers elle, je lui dis bonjour monsieur Dupont, c'est monsieur Dupont qui a des seins ». Les étudiantes s'attardent sur cet aspect identitaire, ne sachant trop comment définir le mannequin, observant qu'il possède un sexe interchangeable, qu'elles n'ont jamais vu « s'il avait un nom, ce mannequin, s'il était nommé, on aurait pas le même contact avec lui ». Le contenu du cours axé sur l'unité du corps et de la personne se compare à l'apprentissage morcelé du corps humain « *au petit bout de bras sur lequel on s'exerce à la prise de sang* » certaines étudiantes soulignant toutefois leur gêne face au mannequin mutilé « il est mal monté, ses jambes sont à l'envers »... « le pauvre, il se désosse » remarquant simultanément le caractère pratique du mannequin réservé à l'apprentissage des gestes d'urgence « c'est vraiment intéressant d'avoir un mannequin avec des jambes amovibles. C'est souvent des hommes et ceux-là, ils sont habillés ». A cette

recherche de soins globaux définie sans hésitation par les étudiantes de première année « les premiers cours, c'est sur les concepts et, pour nous, soigner, c'est : le malade est une personne » s'oppose le constat des étudiantes de troisième année, constat de soins plus morcelés « c'est vrai qu'on parlait de prise en charge globale mais à couper des soins comme ça, finalement on éparpille un peu le patient. Il y a quelqu'un qui prend la toilette, un autre qui pose le cathéter. On éparpille le corps finalement » ajoutant rapidement comme oubliant les propos précédents « c'est pour s'exercer, l'important dans ce cas c'est les gestes, on simule » commentaires laissant transparaître l'importance accordée au geste, sa répétition pour parvenir à sa maîtrise remarquant « que finalement il n'y a pas le contexte du soin, on voit des soins techniques mais ponctuels » et ce qu'elles en retiennent « l'important c'est les gestes », propos véhiculant et participant à la reproduction de cet apprentissage gestuel implicite.

• **Le stage hospitalier**

Le programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier⁵⁰ comporte des stages en milieu clinique dont les principes pédagogiques visent « au développement de la faculté d'adaptation de l'étudiant en adéquation avec la diversité des lieux d'exercice », ceci « dans une recherche de cohérence entre les objectifs de formation, les principes pédagogiques et les pratiques professionnelles »⁵¹. Selon le programme, la présence en stage est obligatoire et se répartit en 2280 heures, cette répartition étant souvent conçue selon une pédagogie de l'alternance.

Les stages en milieu clinique sont sanctionnés par une évaluation des connaissances et aptitudes des stagiaires exprimées sous forme de rapport de stage.

⁴⁹ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, j.o. 16 février 2002

⁵⁰ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

⁵¹ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier p 100

Nous avons obtenu l'accord de la direction et de l'infirmière générale d'un centre hospitalier universitaire pour pouvoir observer dans plusieurs services de ce Centre Hospitalier Universitaire, la notation des étudiantes à l'issue de leurs stages. Cinq responsables de services ont accepté que nous observions le déroulement des séances d'évaluation, que nous n'avons pu, actuellement pratiquer que dans deux de ces cinq services.

« Le rapport »⁵² rédigé en fin de stage en une durée moyenne de vingt minutes selon une grille nationale applicable à toute la scolarité évalue les capacités personnelles, méthodologiques, techniques, d'adaptation, relationnelles, éducatives, pédagogiques et d'organisation des étudiantes. Il est établi par la personne responsable du stage et de l'équipe ayant effectué l'encadrement, puis porté à la connaissance de l'étudiant au cours d'un entretien avec le notateur⁵³.

Dans deux services où nous nous sommes rendue, la surcharge de travail mise en avant par les infirmières d'une première unité de soins les conduit à rédiger le rapport quant « elles peuvent » « au crayon » puis « ensemble », la surveillante de cette unité ayant oublié de nous prévenir de cette rédaction malgré les engagements pris avec nous. Quant à la seconde unité, la responsable accepte notre présence jusqu'à ce qu'elle estime qu'elle devient gênante pour avoir été témoin de la rédaction « d'un rapport litigieux » et qu'elle nous prie de ne plus revenir dans son service. Enfin, un troisième surveillant biaise la rédaction d'une évaluation, détournant l'entretien avec les infirmières par un dialogue personnel visant à connaître la finalité de notre recherche.

Tout ce qui se rapporte au déroulement des stages découle d'entretiens que nous n'avons

pu réaliser qu'après avoir réussi à surmonter bien des difficultés déjà évoquées au début de cet article. Il nous a fallu renouveler trois fois notre demande auprès de la directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers rattaché au Centre Hospitalier Général avant de pouvoir rencontrer enseignantes et étudiantes.

L'apprentissage du positionnement et de la bonne posture

L'apprentissage des techniques de soins en milieu hospitalier progresse en fonction des années d'études. Les étudiantes témoignent d'apprentissage d'attitudes et d'aptitudes de leur assurance et de leurs progrès par leur peur de mal faire et celle de faire mal. Le stage clinique les confronte à une double découverte : celle d'une réalité professionnelle déboulonnant l'idéal présenté par leurs enseignantes, celle des rapports hiérarchisés très fortement exprimés par l'évaluation des étudiants. En effet, rédigée tantôt religieusement, tantôt rapidement sur un bord de table, cette évaluation apparaît comme un moment de tension, voire de violence, moment évocateur d'aptitudes, de progrès, mais aussi de sanction.

L'Institut en Soins Infirmiers⁵⁴ rattaché au centre hospitalier général hiérarchise l'apprentissage clinique en fonction des années d'études. Dans cet établissement, le premier stage se déroule obligatoirement en gériatrie et se prépare à l'Institut. Une enseignante représente ce passage comme « le baptême du feu », expression reprise par certaines étudiantes ayant bien conscience du fait que ce stage obligé éprouvera définitivement leur résistance à la confrontation à la maladie. Cette prise de conscience s'appuie sur des représentations des contacts physiques et relationnels avec les personnes âgées.

⁵² Arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

⁵³ Arrêté du 30 mars 1992

⁵⁴ nous n'avons pas consulté le projet pédagogique de cet Institut en Soins Infirmiers

Cette première approche en stage est progressive et hiérarchisée. Son accompagnement diffère selon les actions entreprises par les élèves. Peu technicisée, la réalisation des toilettes se transmet par les aides soignantes et les agents de service plus proches de l'exercice d'une fonction domestique, alors que celle des injections se pratique avec une infirmière. Les étudiantes recherchent une posture et des positions favorisant le contact avec le malade tout en se protégeant lors d'une relation de face à face. Trouver la bonne distance, c'est « savoir se situer dans la parole », adopter des « attitudes professionnelles » prévenant des dangers de confusion et d'identification provoqués par des analogies à des rôles familiaux rappelant la fonction domestique. Ces positions se transmettent des enseignantes aux étudiantes par le biais d'interdits avant qu'elles ne se rendent en stage « si vous ne tenez pas vos distances, vous allez être un moment ou à un autre la petite fille et la personne soignée le grand-père ou la grand-mère ».

La peur de faire mal et de mal faire

Les étudiantes témoignent de leur peur de faire mal et de mal faire.

Ces premiers contacts s'associent à un manque d'assurance et à la peur « quand on fait un geste technique il y a toujours un risque, mal piquer, bouger quand on pique, ça fait mal, vous avez peur de transpercer carrément la peau » « on a peur de faire mal ». Cet apprentissage crée entre les patients et les étudiantes une forme de solidarité et des liens de connivence les aidant à dépasser leur appréhension « il y a une espèce de complicité qui arrive, moi je sais que mon premier vaccin, j'avais la trouille, le vaccin de la grippe et tout, donc, on lui a dit, c'est la première fois. Il m'a répondu paniquez pas, on passe tous par la première fois ». « Ils sont rassurants quand même, parce que la personne que j'avais piquée pour son vaccin, le lendemain, je suis revenue pour je ne sais plus quel soin et puis ...je vous

rassure tout de suite, le bleu, c'est moi qui me le suis fait, c'est pas vous ».

Plus avancées dans l'apprentissage technique, les étudiantes de troisième année se préoccupent davantage de pose de sondes, de cathéters courts, de réalisation de prélèvements sanguins, de pansements et de respect de règles d'hygiène.

L'appréhension de la réalisation du geste technique sur des patients persiste toujours mais se compare à la satisfaction de la réussite « en première année j'avais du mal à faire les prises de sang, bon, maintenant, je pense que j'arriverais à piquer plus ou moins n'importe qui, c'est toujours plus ou moins. Je pense qu'on peut toujours rater. Je pense que ça arrive. Il y a des infirmières, elles disent que ça arrive encore, malheureusement ». Les étudiantes mesurent l'avancée de leurs progrès à la maîtrise de leur technique « pour faire une prise de sang je me dis comment je vais trouver cette veine ? Je m'installe bien, je m'assois, je prends le garrot, je regarde et après je me fie au doigté, je cherche ma veine, je touche, tu vois super bien la veine, ça gonfle et tu piques » « tu maîtrises, tu le fais tous les jours, tu répètes les gestes, ensuite tu le fais nickel » ainsi qu'aux commentaires des patients « je leur dis voilà je suis élève infirmière, est ce que ça ne vous embête si c'est moi qui vous fais ça. Je me dis qu'à partir du moment où j'ai le consentement du patient alors ça me rassure, je me dis, il accepte en sachant que. Ça me fait énormément plaisir parce que c'est une forme de reconnaissance. C'est un échange, c'est vraiment un échange, il m'autorise à se servir de lui ».

Ces hésitations sont cependant compensées en première année par un minimum de connaissances ou « armes » acquises à l'Institut. Les cours d'anatomie, de physiologie, de cytologie, de génétique et d'hygiène évitent d'être démunies face aux personnes âgées.

En troisième année « l'attitude professionnelle » considérée comme règle professionnelle incorporée préserve les apparences et masque la peur de l'erreur ou de l'ignorance et de la confrontation à la souffrance des malades « je ne sais, je ne sais pas, je suis embêtée de lui faire mal ». « Des fois je me dis ce n'est pas bon à faire » « le cathlon⁵⁵, je l'ai posé, je n'ai même pas dit que je suis élève, parce que des fois ça angoisse les patients et puis ça m'angoisse quelque part. Je me discrédite, je me dis, je suis élève, c'est pas possible que je me trompe ».

Le modèle comme principe de ressemblance et d'identification professionnelle

Outre le développement de leur habileté manuelle lors des stages cliniques les étudiantes acquièrent des « attitudes » évoquées par les enseignantes comme phénomène d'identification des étudiantes / à des professionnelles sous le terme de « modèle » mais surtout sous celui de « contre modèle », ce terme correspondant pour elles à l'infirmière à laquelle il ne faut pas ressembler.

Cette double représentation du modèle et / du contre modèle se fonde sur un système opposé de classes d'âge séparant les étudiantes / des diplômées « ne pas être comme » et sur une logique opposée de la ressemblance. C'est en forgeant leur identité « par opposition à » que les étudiantes éviteraient de ressembler aux diplômées « ne pas être comme » et « ne pas faire comme », attitudes et gestes participant aux contacts protecteurs de la personne soignée et de l'adhésion aux principes de soins inculqués par les enseignantes au risque de mal faire selon les infirmières hospitalières et de faire du bien aux malades, les étudiantes se confrontant inévitablement à la réalité hospitalière qui ne correspond nullement aux principes enseignés à l'Institut « on nous dit

des choses à l'Institut et les infirmières nous disent toujours l'inverse ».

L'acquisition de la bonne posture s'incorpore à l'Institut et s'applique tant bien que mal à l'hôpital. Les représentations des attitudes de l'infirmière s'assimilent à ses actions, représentations qui donnent à voir les modes de contact corporels et les sensations qu'ils provoquent tant du côté du patient que de l'étudiante.

Les actions s'énumèrent et se distinguent entre elles, celles « qui font du bien », « celles qui font mal », « celles qui touchent à l'intimité du corps ». Une attitude de ressemblance aux principes de soins globaux enseignés à l'Institut s'oppose à ceux de l'hôpital représenté comme « un système qui manque d'attention ». « Toi quand tu prends en charge tes patients, c'est global, donc c'est une chance de pouvoir faire les toilettes » et puis, ça leur fait plaisir parce que quand ils voient l'infirmière, elle va me faire du mal » « alors que quand on leur fait la toilette, ils peuvent dire qu'elle, elle me fait du bien, l'infirmière », attitude qui permet de recevoir la double approbation tant du patient que de l'enseignante puisque l'étudiante agit en conformité et par ressemblance aux principes enseignés.

Le stage hospitalier comme lieu de désenchantement

C'est au cours de leur stage que les étudiantes de première et de troisième années se confrontent non seulement à la surcharge de travail mais aussi à l'épuisement professionnel des infirmières. Les représentations de cet épuisement s'expriment à travers des manières de corps, modes de contact et positions de leurs aînées, réalité inavouable à laquelle les étudiantes se heurtent lors de leur rencontre avec les patients.

Les diplômées se différencient des étudiantes par leur position respective lors des soins, positions également représentatives de deux classes d'âge. Ces positions s'inversent lors

⁵⁵ un cathlon est un cathéter court introduit dans une veine superficielle

d'une même action auprès d'un patient, l'étudiante se plaçant en face du malade alors que l'infirmière lui tourne le dos. « Mes réticences c'est plutôt par rapport... à quelqu'un du personnel. « On était en train de lever la patiente, on était en train de lui mettre ses bas de contention, j'étais au pied du lit face à la personne ». Elle me dit « j'aime pas la façon dont tu te tiens ». « J'étais moi-même affolée et je me dis : qu'est ce que j'ai fait » ? Et elle me dit « tu ne devrais pas te mettre en face, tu prends plein d'ondes négatives ». « En effet, j'ai remarqué quelle était toujours de côté ou de dos, mais c'est rare qu'elle soit face aux gens. En moi-même je me dis, elle en a marre de faire ça. Après ça je ne savais comment me positionner face à elle ».

La représentation de l'épuisement et du vieillissement professionnel s'oppose aux valeurs enseignées à l'Institut. Les mettant en doute, le premier stage se transforme en lieu de désenchantement. « A l'école on a des grandes..... ». « On sort de l'école avec certains trucs, mais elle me dit plus je vieillis, plus je suis désabusée ». Les souvenirs pénètrent la mémoire des étudiantes. « Ça transforme nos valeurs, ça te démotive pour toujours. Quand tu les vois arriver le matin, ils sont complètement vidés, ils n'ont plus d'énergie pour eux.. Pourtant il ne suffit de pas grand chose ». Une fois j'en ai croisée une dans l'ascenseur. Elle a fondu en larme ». « En rentrant chez moi, j'ai des flashs ».

Le stage hospitalier, lieu de confrontation aux valeurs de l'Institut de Soins Infirmiers

Ces passages en stage sont source de conflits au cours desquels les étudiantes apprennent à se soumettre à leurs pairs. Cette soumission est double puisqu'elle est émane des infirmières, attitude parfois renforcée par les enseignantes.

« La relation on la sent fautive, on n'ose jamais parler de nos difficultés. On ne dit rien

en stage, il y a des choses qu'on ne peut pas dire ». L'interdit « ne rien dire et ne rien faire », indique la place réservée à l'étudiante par rapport à ses pairs qu'elles soient infirmières ou enseignantes. Si à l'hôpital l'étudiante ne dit rien à ses pairs, elle réserve ce contact verbal prolongé à forte valeur symbolique aux patients « c'est un privilège que de parler avec les malades » « c'est plus intime ». A l'inverse, ses aînées auxquelles elle évite de parler privilégient un mode de contact plus direct avec le corps des malades, où la valeur dominante « du faire » devient plus essentielle que « le dire » car « quand tu es infirmière tu connais les grandes lignes, tu ne connais pas le reste ».

Ne rien dire à ses pairs comme expression dominée évite le conflit et définit des règles de conduite qui s'incorporent et se transmettent par le positionnement tant à l'hôpital qu'à l'Institut.

« De toute façon on est dans une position un peu de dépendance », le risque de prise de parole provoquant la sanction « c'est difficile par le fait qu'on est noté, on sait qu'à la fin il y aura le rapport de stage », les étudiantes optant pour l'attitude d'attendre pour s'exprimer d'être diplômées, position symbolique d'une reconnaissance officielle.

Le risque de parole se prend parfois à l'Institut pour dénoncer la qualité du travail hospitalier ou le rapport de domination qu'exercent les infirmières sur les étudiantes mais il se solde souvent par l'acquiescement des enseignantes qui collaborent elles mêmes à la reproduction de cette attitude.

« Ils le savent très bien ce qu'on peut vivre en stage. Ils ne sont pas nés de la dernière pluie. Ce sont des infirmiers. Ils sont cadres. Ils connaissent les équipes, ils savent très bien ce que l'on peut vivre. Alors qu'ils ne nous disent pas venez nous en parler. Il y a des choses qu'ils ne veulent pas entendre et qu'ils n'entendront jamais ».

Bien qu'il soit en contradiction avec leurs intentions, le positionnement des enseignantes

s'explique par le souhait de maintenir les bonnes relations entre deux institutions, positionnement qui contribue au silence des étudiantes, la logique d'intérêt de préserver les bonnes relations entre les deux institutions prévalant sur la remise en cause de l'apprentissage, l'adoption du silence comme mode d'expression légitime commune des étudiantes participant au maintien de l'ordre social. .

« Les infirmières, c'est une corporation. Elles sont solidaires entre elles ». « Si tu vas à l'école, ils te répondront qu'ils ont beaucoup d'élèves et qu'ils doivent privilégier les terrains de stage ». Les monitrices disent qu'il faut savoir s'adapter mais je pense qu'il y a des limites à l'adaptation ».

La rédaction du rapport de stage

La rédaction du rapport de stage confronte aussi les étudiantes à la hiérarchie hospitalière. L'observation des positions respectives des infirmières dans l'espace lors de l'écriture de ces évaluations indique leur position légitime selon leur classe d'âge. Rassemblées en cercle, la surveillante, le plus souvent cadre infirmier, s'assoit face à la plus jeune, la plus ancienne se place à son côté, l'étudiante restant à l'extérieur du cercle ou derrière la porte, sa position lui étant indiquée par injonction des infirmières « dehors les stagiaires ». S'ouvre alors un dialogue entre la surveillante et les infirmières, l'étudiante exposant, selon les services, ses objectifs de stage⁵⁶.

« *Mesdames commençons* » « *Dites vos objectifs* » « Je n'en ai pas fait » « *Pourquoi ?* » « *Je dis toujours en début de*

⁵⁶ Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 modifié par l'annexe à l'arrêté du 28 septembre 2001, B.O. du ministère de l'emploi et la solidarité n° 2001-40 du 10 octobre 2001, les stages cliniques : « les objectifs de stage sont définis par les équipes enseignantes des instituts de formation en soins infirmiers en liaison avec les personnes responsables de l'encadrement des étudiants sur le lieu de stage »

stage il faut donner ses objectifs » « *Continuons* ».

La surveillante ou les infirmières énoncent alors les critères d'évaluation dans l'ordre inscrit sur le rapport et les commentent en fonction des capacités de l'étudiante, capacités permettant de dégager un profil d'idéal professionnel élaboré comme modèle d'Etat..

Si les capacités des étudiantes s'évaluent par un adjectif : insuffisant, assez bien, bien, très bien, une appréciation et une note finale étant portées sur le rapport⁵⁷ en guise de « reflet d'un stage », la rédaction du rapport de stage laisse cependant percevoir les aptitudes d'une bonne infirmière à travers un dialogue entre infirmières diplômées commentant les attitudes des étudiantes.

Les capacités personnelles concernent l'équilibre psychique des étudiantes.

« Elève saine et équilibrée », cet équilibre s'évaluant sur des critères moraux ou des apparences « vous êtes polie et gracieuse » « discrète et efficace ». Les critères requis par les infirmières pour cette rubrique renvoient à la protection, la confiance en soi et la curiosité.

La protection du patient et de l'étudiante s'apprécie par le respect de la règle du secret professionnel et par une attitude « savoir se préserver », attitude indiquant la distance comme position légitime à tenir entre un patient et une étudiante « il faut te prémunir », attitude et savoir-faire relatifs aux risques professionnels de contamination sanguine et de prévention des lombalgies.

La confiance en soi suppose de « se lancer », attitude d'action marquant l'assurance de l'étudiante à passer à l'acte. La peur d'agir retenant les étudiantes s'oppose à la bonne attitude transmise par les directives des infirmières.

⁵⁷ Appréciation de stage : arrêté du 30 mars 1992

« *Le prochain stage, lance toi* » « *il faut essayer de te forcer* ». « *Continuez* » « *avec le temps ça viendra, vous allez prendre confiance en vous* » « *c'est pas facile à dominer* ». Invitée à donner son opinion l'étudiante ne s'exprime pas mais éclate en sanglots « *vous ne comprenez pas, c'est pas facile* », sa peur étant réprimée « *j'ai pas confiance en moi* » « *elle a peur de se lancer* » « *c'est la confiance* » « *si j'ai confiance, je fais bien mes gestes* » « *ça va venir* » « *on le ressent bien* » « *bon, notez, donc, doit prendre confiance en elle* ».

La curiosité quant à elle se mesure par la capacité à se poser des questions sans que leur nature soit précisée, le lien entre l'action et la situation de soin semblant déterminant et significatif de cette aptitude, l'occasion de développer sa curiosité semblant dépendre de la disponibilité de l'infirmière.

« *Elle est curieuse même si elle ne va pas de l'avant dans ce qu'elle fait pour les suites* » « *Bien sur la curiosité. Moi elle posait peu de questions. C'était le début des nuits. Elle avait peu de temps pour poser ses questions* ». « *Pose les questions au bon moment* ».

L'évaluation des capacités relationnelles déconcerte souvent les infirmières, difficulté les amenant à éliminer la question ou à concevoir cette relation par la représentation du contact, modes de relation lisibles par des attitudes corporelles. « *Applique les différentes techniques relationnelles en fonction des personnes et en apprécie les limites* » « *c'est quoi ça ?* » « *tu comprends ce que ça veut dire ?* » « *tu sais c'est la relation d'aide* » « *ils mettent toujours de ces questions* » « *je ne sais pas quoi répondre* » « *bon, on ne sait pas* ». « *Les techniques relationnelles... Rires. Bon je barre* ». « *Etablie une communication adaptée* » « *je crois qu'on peut le dire* » « *très bon contact avec les malades* » « *elle parle bien avec les patients* » « *elle n'a pas d'appréhension donc très bien* ». « *En réanimation c'est difficile à dire, avec des curarisés, des intubés ventilés on ne sait pas si le patient se rend compte ou*

pas » « *ce qui est sur, c'est qu'elle n'hésite pas à les toucher* ».

Le rapport de stage comme idéal de la bonne infirmière

La difficulté d'apprécier le niveau de compétence de l'étudiante selon les critères définis par le rapport de stage est quasi-permanente, difficulté visible lorsque les infirmières transposent les capacités des étudiantes en notes. Dans ce sens, la mise en comparaison des notations recherche les critères avancés par les infirmières pour différencier de très bonnes capacités de celles s'avérant excellentes ou bonnes ou au contraire insuffisantes, l'argumentation des infirmières reposant sur un discours implicite, forme de langage partagée par les infirmières.

« *C'est un très bon stage mais pas dans le remarquable ni dans l'exceptionnel* » « *vous n'avez rien à me reprocher ?* » « *non* » « *alors 17 ou 18 ?* » « *mettez 18* ». Cette remarque d'une étudiante « *sans reproche* » laisse à penser que le critère très bien se dispense de commentaire « *hygiène* » « *très bien* », « *s'adapte au lieu de stage* » « *très bien* », « *horaires* » « *très bien* », « *relation* » « *très bien* », « *organisation* » « *c'est approfondi* » « *capacités techniques* » « *sans problème* » « *très bien* » « *utilise ses connaissances* » « *je pense que c'est très bien* » « *donc, très bien* ».

Les variations d'appréciation entre le très bien et le bien reflètent souvent les changements d'équipe ou différencient le début du stage de sa fin, cette chronologie se voulant représentative des progrès de l'étudiante.

« *Tu l'as vue au départ, moi à la fin* » « *fait preuve de curiosité intellectuelle* » « *elle est curieuse même si elle ne va pas de l'avant dans ce qu'on fait pour les suites* » « *bien sur la curiosité* » « *moi, elle posait peu de questions. C'était le début des nuits, elle a pas eu le temps de poser les questions car c'était la course avec toutes ces dialyses* » « *donc, on met bien* ». « *Capacités*

techniques » « on met bien parce qu'elle hésite » « il faut qu'elle fasse attention au gaspillage et à l'économie ». « Organise et planifie son travail » « c'est nous qui prenons les initiatives » « c'est son premier stage, elle ne peut pas être parfaite « bien ». « Evaluate l'atteinte de ses objectifs » « est-ce que vous avez évolué ? » « je pense que oui » « on met bien ».

Ces variations d'appréciation marquent aussi les différences d'ancienneté, la légitimation de la note reposant sur le poids de l'âge et de l'expérience de l'infirmière appréciatrice.

« Attention, la note c'est de 17 à 20 » « moi, je ne mettrais pas 17 » « t'es dure » « c'est ton expérience avec elle » « c'est dommage de se braquer » « je dirais pas que c'est une très bonne élève, c'est une bonne élève » « elle est arrivée dans une période difficile avec des gens du pool » « un point sur lequel elle doit faire un effort particulier c'est son manque de rapidité » « je ne peux pas lui reprocher ça » « alors, la note, vous dites quoi ? » « Moi 17 » « moi 15 » « on fait 16 » « elle a progressé sur les prélèvements, les pansements de voie centrale elle sait faire » « tu mets combien ? » « Je mets 16,5 » « vous marquez, moi, c'est tout, moi, je ne signe pas » « et sur les efforts particuliers qu'est ce qu'on met ? » « Je ne sais pas » « moi sur les jours que je l'ai eue, il faut qu'elle puisse oser » « marque, doit prendre confiance dans ses capacités techniques » « il y plein de trucs qui ne sont pas remplis » « la note » « on dit 16,5 » « moi, je ne trouve pas qu'elle vaut 16,5, 16, c'est une bonne note » « elle doit stresser derrière la porte » « relis » « on l'appelle » « entre » « on t'a mis 16 » « le bilan de mi-stage, on l'a pas fait, la feuille avec les actes on l'a oubliée, on lui a pas donnée ».

En fait, la note sera attribuée par la plus ancienne des infirmières, celle ci invoquant la rigueur professionnelle « être stricte sur l'hygiène » comme valeur légitime et qualifiante de la très bonne infirmière. La plus jeune se contente de donner des conseils à

l'étudiante et de lui remettre son rapport de stage.

Dans ce sens, « le rapport litigieux » donne à voir le positionnement hiérarchique selon un ordre d'ancienneté, la voix de la surveillante comme position légitime primant sur celles des plus jeunes⁵⁸. Les observations effectuées lors du rapport visent à accroître les compétences de l'étudiant qualifié « d'insuffisant », observations laissant entrevoir le modèle d'idéal professionnel du bon infirmier. Ainsi, « son manque d'assurance » sera t-il compensé par un surcroît de gestes, la répétition intervenant comme mode d'acquisition de la compétence gestuelle remédiant à la difficulté de l'étudiant « difficulté et retard d'apprentissage de la technique » le passage à l'acte étant à nouveau représenté par l'attitude « de se pousser », attitude inverse de celle de l'étudiant « vous êtes à l'aise lorsque vous êtes observateur ». L'incapacité relationnelle sera résolue par le redoublement.

« Si tu pouvais refaire une deuxième année, tu pourrais avancer dans ta relation avec les patients et avancer dans ton stage », la surveillante justifiant ce choix « c'est trop difficile d'être en situation d'échec », Cette injonction déclenche des sanglots de l'étudiant qui évoque alors des arguments relatifs à l'intimité de sa vie privée, arguments entravant sa relation avec les patients. Les infirmières reprennent alors leur monologue rythmé par les sanglots de l'étudiant qui cache ses yeux dans un mouchoir, la situation devenant de plus en plus tendue

« Etre à l'écoute de l'autre, tu voudrais mais tu ne peux pas » « vous n'êtes pas en capacité de pouvoir » « nous ne pouvons pas décider à votre place, parlez en à votre monitrice » « en ce moment vous avez besoin d'aide » « voulez vous vous réorienter ? » « Capacités

⁵⁸ VINCENT (G), mission et rôle des surveillant (e)s et surveillant (e)s chefs hospitaliers, Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 20 février 1990

techniques » « *mettre en lien avec ses connaissances, c'est bien* ». « *Dextérité* » « *mettez assez bien* » « *j'écris assez bien* ».

Le silence emplit le bureau lorsque l'infirmière énonce « *capacités relationnelles* » « *il y a des soucis* » « *vous ne vous rendez pas compte de la distance* ». « *Efforts particuliers* » « *on a pensé un peu au brouillon* » « *notre idée c'est que vous êtes motivé mais handicapé* », l'étudiant stigmatisé se montrant incapable de reproduire les façons de faire des infirmières qui ne se reconnaissent pas à travers leur élève, distinction peut-être accrue par une question de genre « *son comportement dans la pratique est insuffisant* » « *semble appréhender les pratiques de soins* » « *pour l'instant, tu n'as pas la capacité de faire un soin prioritaire au milieu d'autres soins* » « *en troisième année, on va te demander de faire plusieurs soins en même temps alors que toi, tu as besoin de finir ce que tu as entrepris* » « *semble ne pas pouvoir se remettre en cause* ». « *Tu veux répondre ?* ». L'étudiant continue de pleurer. « *Non, il ne peut pas répondre* » « *c'est un brouillon, si vous ne pouvez pas vous exprimer, vous nous le dites* ». L'étudiant intimé au silence, ne parle pas, il pleure encore. « *Vous ne fumez pas ?* » « *Non* ». « *Tu veux un peu de jus d'orange ?* ». L'étudiant pleurant toujours, demande de sortir plus tôt. « *On écrit comme on pense* » « *Comme vous voulez* ». La tension augmente encore dans le bureau « *on tranche à 12* » « *on reste à 12, il y avait des gens qui étaient pour 11, d'autres pour 13* ». L'étudiant continue de pleurer, la tension augmente toujours, une infirmière est prise de hoquet, une autre serre ses mains puis déchire le brouillon « *on va photocopier le rapport* » « *vous faites comme vous voulez* ».

Remarquons que la note moyenne de 12 ne correspond pas au critère insuffisant. L'arrêté du 6 septembre 2001 modifié précise que le redoublement d'un étudiant n'intervient qu'après épreuves de rattrapage lorsque la note est inférieure à 8.

Le programme des études d'infirmière défini par les pouvoirs publics, associe des enseignements théoriques, des travaux dirigés et des stages. Ces enseignements se dispensent dans deux espaces différents, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et l'hôpital, et sont assurés par des professionnels diplômés : des cadres infirmiers ou des infirmières.

A L'Institut de Soins Infirmiers reviennent les enseignements théoriques et les travaux dirigés, lesquels comportent l'acquisition de techniques de soins appliquées sur un mannequin. A l'hôpital sont confiés les stages de pratiques de soins où il s'agit d'appliquer à des personnes les gestes après s'être exercé sur un mannequin. L'observation des manières et procédés de transmission des gestes de soins montre que leur acquisition par les étudiantes résulte tant à l'Institut en Soins Infirmiers qu'à l'hôpital de la reproduction par l'élève des gestes de l'enseignante ou de la responsable de stage.

Il semblerait que la formation des étudiantes soit l'aboutissement d'un enchaînement harmonieux entre les acquis à l'Institut de Soins Infirmiers et l'hôpital.

Cependant, la réalité fait découvrir un hiatus entre les deux milieux de l'enseignement. Le premier est dispensateur d'une approche globale de la personne mettant en jeu des interventions sur le corps malade. Il engage des dispositions à des relations interpersonnelles soignant/soigné. Le second, celui de la découverte des exigences d'une pratique standardisée, morcelée et répétitive dans laquelle les étudiantes veillent à sa bonne et fidèle exécution pour parvenir à la totale maîtrise de leurs gestes et de leurs angoisses mais aboutissant à la désobjectivation du patient. Peu à peu, l'idéal de la bonne infirmière pénètre les étudiantes par le biais de règles de conduite, attitudes de soumission aux enseignantes et aux infirmières, modèle de ressemblance retranscrit sous forme d'aptitudes à la reproduction de façons de faire et d'être.

Ce décalage entre les principes de l'idéal professionnel de soins globaux enseignés à l'Institut et les pratiques découvertes lors des stages contraint les étudiantes, dont les résultats découlent des appréciations portées à

leur endroit d'une part et de l'autre, à des stratégies de silence et d'évitement des conflits entre enseignement et pratiques, stratégies contribuant à une double soumission.