

Olivia Rick

Université Marc Bloch, Strasbourg II

Le travail social de (di)vision du corps en soins infirmiers*

« Ce système d'assujettissement, cette technologie politique du corps (contraintes, privations, obligations, interdits, incitations, sanctions, etc.) sert de relais, d'arme, de voie de pénétration et de point d'appui aux multiples mailles des pouvoirs/savoirs qui s'emparent du corps. L'emprise au corps est donc le fonctionnement d'une machinerie disciplinaire, par quoi l'ordre social produit/reproduit des corps soumis, exercés, disciplinés, formés, des corps "au pas", "dociles", manipulables. Il s'ensuit que toute emprise renvoie à un enjeu corporel ou à un support corporel. On sait par exemple que la plupart des institutions, (qu'elles soient disciplinaires ou "éducatives", punitives ou permissives) comportent des rites d'assouplissement du corps visant à mouler l'individu dans le groupe ou le corps social.»¹

* Fragment d'une analyse sociologique de la formation en soins infirmiers, ce texte présente une petite partie des recherches menées en master et préalablement exposées dans le cadre d'un premier mémoire de sociologie (*De l'étudiante à l'infirmière, L'enchaînement des pratiques. Contribution à une analyse sociologique de la formation en soins infirmiers*, sous la direction de Christian de Montlibert et Patrick Colin, Strasbourg, mémoire de licence, UMB, 2007), et je tiens ici à remercier les deux professeurs pour leurs soutiens respectifs, tant d'un point de vue sociologique qu'humain. Ces recherches n'auraient par ailleurs pas été possibles sans être motivées par un travail collectif et la pratique collective de la sociologie mis en place par les membres du Groupe de Recherches en Sociologie (Grs), à savoir Clément Bastien, Simon Borja, Joël Cabalion, Anaïs Cretin, Camille Marthon et Sabrina Nouiri-Mangold, ainsi que les personnes qui en sont proches, Maud Chatin, David Naegel et Thierry Ramadier. Nous espérons que ce texte puisse aussi être un gage humain et de remerciement pour tous ceux qui nous ont accueillis et permis de réaliser ces investigations dans la mesure où, « [...] lors même qu'elle ne fait que décrire des faits et des effets et mettre à jour des mécanismes tels que ceux qui fondent la violence symbolique, la sociologie exerce un effet critique » (Mauger Gérard, « L'engagement sociologique », *Critique*, 1995, n°579/580, pp. 674-696.)

Analyser les pratiques et les représentations du corps ainsi que les modalités d'incorporation de ces pratiques et de ces représentations pose une question fondamentale relative à toutes perspectives explicatives des dynamiques que soutiennent les structures sociales : peut-être peut-on supposer que les études sociologiques et ethnologiques n'ont jamais plus avancé que lorsque la science a commencé de s'interroger rigoureusement sur les dispositions physiques comme retraductions (plus ou moins directes) des espaces différenciés dans lesquels ils évoluent, c'est-à-dire du corps comme expression, comme effet ou comme fait complexe, spécifique et réifié des configurations des structures sociales. Support et véhicule des éléments qu'une société a échafaudés en *enjambant les générations*, comme le dirait Norbert Elias², le corps est modelé et se modèle jusqu'à certaines limites tout au long d'une existence soumise à des contraintes et des injonctions spécifiques et spécifiées. Ainsi, lieux inclus des *espaces*³, les corps soumis aux mécanismes sociaux de suggestion des pratiques corporelles représentent une dimension qui, jusque dans l'univers de production infirmier, est produit et reproduit de manière spécifique. S'inscrivant dans une analyse sociologique de la

¹ Brohm Jean-Marie, « Corps et pouvoirs : l'emprise au corps. Incorporation, corps social et politique du corps », *Actions et Recherches sociales*, Paris, Erès, n°1, 1982, p. 122.

² Cf. Elias Norbert, *Du temps*, Paris, Fayard, 1996.

³ Cf. sur ce point : Bourdieu Pierre, « Effet de lieu », id. (dir.), *La misère du monde*, Paris, Seuil (coll. Points), 1993 pp. 249-262 ; Montlibert Christian de, « Espèces d'espace », *Cahiers du CRESS – « Espèces d'espaces »*, n°7, novembre 2007.

formation en soins infirmiers, cet article se propose de rendre compte de certaines des modalités d'intégration, d'incorporation et donc de reproduction des « techniques du corps » spécifiques à la profession infirmière ou, plus précisément, à l'enseignement et l'apprentissage « par le corps » des pratiques de soins infirmiers. Cette élaboration du travail social de construction spécifique du rapport au corps ne peut s'expliquer et se comprendre sans un aperçu d'une partie du système d'enseignement qui le soutient, en même temps qu'elle l'engendre.

(Dé)formation en soins infirmiers et (trans)formation de l'habitus

Techniques contrôlées et gestion du contrôle des corps

Si, ainsi que le note Marcel Mauss, « il n'y a pas de technique et pas de transmission s'il n'y a pas de tradition »¹, cette « tradition », au regard de notre objet, est un des produits de l'institutionnalisation des pratiques et des techniques mêmes de *dressage des corps*, appelant toujours un dressage du regard (sur les corps et sur son corps), impliqués dans une activité spécifiquement infirmière².

Régie notamment par l'arrêté du 28 septembre 2001, modifiant l'« arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier », la formation en soins infirmiers³, dont la

durée est de 38 mois (trois ans et deux mois), se divise en *deux temps* de dimension horaire quasi-équivalente, lesquels sont aussi *deux espaces* de formation différents dans les pratiques comme dans les représentations qu'ils induisent : les étudiants sont en effet amenés à suivre 2240 heures d'enseignements théoriques au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et à effectuer 2380 heures de stages cliniques en milieu hospitalier ou extra-hospitalier⁴. Alternant sur trois ans cours magistraux, travaux pratiques et stages cliniques, la formation infirmière donne ainsi immédiatement la possibilité aux étudiants d'apprendre une théorie sur les pratiques (IFSI) et de mettre en pratique leurs connaissances techniques (hôpital). Espaces aménagés dans, par et pour la transmission de la *mémoire collective*⁵ pratique, *précipitée* de manière inconsciente et consciente (au sens de principes historiques sélectionnés, pour paraphraser Claude Lévi-Strauss, comme bons à penser donc bons à appliquer et à "revendiquer") dans l'institut(ion) de formation⁶, ces principes de *division sociale* de la formation infirmière⁷ fonctionnent alors

Cayla Jean-Simon, « La profession infirmière », *Revue trimestrielle de droit sanitaire et social*, III-1981, pp. 357-359.

⁴ Ce qui équivaut à cinq stages d'une durée de quatre semaines par année de formation auxquels s'ajoutent, en fin de formation, deux mois de stage « pré-professionnel » ou « projet professionnel ».

⁵ Cf. Halbwachs Maurice, *La mémoire collective*, Paris, PUF, (coll. Bibliothèque de sociologie contemporaine), 1968.

⁶ Bourdieu Pierre, « L'inconscient d'école », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°135, décembre 2000, pp. 3-5.

⁷ Il est nécessaire de rappeler que les transformations institutionnelles d'une pratique sont aussi accompagnées d'une réinscription plus ou moins reconfigurée des principes antérieurs qui guidaient cette pratique. Pour s'en rendre compte, il suffit de saisir que l'« aide, le soin aux personnes » comme principe aujourd'hui laïcisé, souvent invoqué pour transformer en vocation le poste occupé, l'activité professionnelle exercée, reste un principe d'action qui guidait l'activité des soignantes lorsque cette pratique apparaissait dans un espace entièrement orienté par l'Église. Cf. sur ce point, notamment : Bonah Christian, *Instruire, guérir, servir. Forma-*

¹ Mauss Marcel, « Les techniques du corps », *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF Quadrige, 1999, p. 371.

² Pour une histoire sociale de l'évolution des « écoles d'infirmières » on pourra consulter : Petitot André, *Les infirmières, de la vocation à la profession*, Québec, Boréal, 1989 ; Giesberg P., « Les premières écoles d'infirmières de l'Assistance publique », *Soins en psychiatrie*, n°164-165 ; Leroux-Hugon Véronique, « La laïcisation des Hôpitaux de Paris et la création des écoles d'infirmières », in Poirier Jacques, Signoret Jean-Louis (dir.), *De Bourneville à la sclérose tubéreuse. Un homme, une époque, une maladie*, Paris, Flammarion, 1991, pp. 73-81.

³ Pour un aperçu de l'évolution historique législative de la profession infirmière, on pourra lire :

comme une matrice localisatrice des pratiques en constituant un constant rappel institué autant qu'instituant de la direction et des nécessités de la pratique et de la perception des corps¹. L'immersion des étudiants dans ces lieux scolaires pré-médicaux et ensuite (para-)médicalisés confine, isole les corps ainsi que les représentations du corps et du corps de l'autre tout en faisant progressivement admettre comme « naturelles », « normales » les constructions sociales (médicales) qu'ils renferment, prodiguent et légitiment. Cette immersion localisée opère ainsi telle une espèce de *fait social total et totalisant* d'apprentissage par corps où, comme dans l'espace asilaire et psychiatrique par exemple, « chaque forme prise [...] apparaît ainsi comme l'expression métonymique de l'action visée par les groupes sociaux qui en ont reçu le mandat et comme l'expression métaphorique des représentations de

tion et pratiques médicales en Allemagne, Strasbourg, PUS, 2000 ; Charles Geneviève, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Le Centurion, 1979 ; Crapuchet Simone, *Protêtantisme et écoles de soins infirmiers. De la III^e à la V^e République*, Montpellier, Les éditions du Languedoc, 1996 ; Lebrun François, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers au XVII^e et XVIII^e siècle*, Paris, Seuil (coll. Points-Histoires), 1995 ; Mordacq Catherine, *Pourquoi des infirmières ?*, Paris, Centurion (coll. Infirmières d'aujourd'hui), 1972 ; Petitat André, « La profession infirmière. Un siècle de mutations », Aïach Pierre, Fassin Didier, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos (coll. Sociologie), 1994, pp. 227-259 ; Vigarello Georges, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil (coll. Points-Histoire), 1985.

¹ « En tant que corps (et individus biologiques), les êtres humains sont, au même titre que les choses, situés en un lieu (ils ne sont pas dotés de l'ubiquité qui leur permettrait d'être en plusieurs lieux à la fois) et ils occupent une place. Le lieu peut être défini absolument comme le point de l'espace physique où un agent ou une chose se trouve situé, « a lieu », existe. C'est-à-dire soit comme localisation, soit, d'un point de vue relationnel, comme *position*, rang dans un ordre » (Bourdieu Pierre, « Effet de lieu », *art.cit.*, p. 250).

la société et des formes de domination qu'ils tentent d'y faire prévaloir »².

Puisque « le corps est le premier et le plus naturel instrument de l'homme »³, les modalités de formation sont ainsi autant de dispositifs qui ont une *action pédagogique*⁴ sur les corps en vue de les resocialiser à l'aune des règles cardinales en vigueur à un moment donné, c'est-à-dire, aujourd'hui dans le monde infirmier, en vue de les « techniciser » à l'aune des nécessités médicales. Dans cet espace organisé, la transmission des savoirs et des "savoir-faire"/"savoir-être" attendus dans l'univers médical de cette fraction de professionnels para-médicaux, passe par le corps infirmier devenu un des instruments, une des forces de production (plus ou moins) médicalisée dont l'hôpital a besoin et que les IFSI ont pour but premier de (re)produire. Le système d'enseignement⁵ a donc pour objectif de (trans)former des agents en apprentis infirmiers, sous-entendu des professionnels soignants en devenir, dont le recrutement s'effectue sur la base d'une (re)connaissance pratique équivalant à un ajustement des dispositions des agents à la double exigence de *l'institution totale* en ce sens qu'elle est à la fois scolaire et hospitalière. Ajustements possibles et rendus effectifs chez les futurs

² Montlibert Christian de, *L'impossible autonomie de l'architecte. Sociologie de la production architecturale*, Strasbourg, PUS, 1995, p. 40 ; sur l'organisation des hôpitaux psychiatriques, on pourra aussi consulter, Foucault Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard (coll. Tel), 2001 ; ainsi que sur l'évolution architecturale de l'hôpital, Dankwart Leistikow, *Dix siècles d'architecture hospitalière en Europe, une histoire de l'architecture hospitalière*, Ingelheim am Rhein (Allemagne), C.H. Boehringer Sohn, 1967.

³ Mauss Marcel, « Les techniques du corps », *art. cit.*, p. 372.

⁴ Bourdieu Pierre, Passeron Jean-Claude, *La reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Minuit (coll. Le sens commun), 1999.

⁵ Cretin Anaïs, *Prolégomènes à une étude des structures sociales du petit et moyen patronat. Analyse d'une « institution représentative », la CGPME*, mémoire de licence, sous la direction de Christian de Montlibert, Strasbourg, UMB, 2006.

« élus », au moins en puissance, au moment de l'entrée à l'IFSI et que celui-ci a aussi pour fonction de parfaire : « un système d'enseignement ne peut s'acquitter de sa fonction propre d'inculcation qu'à condition de produire et de reproduire par les moyens propres de l'institution les conditions d'un travail pédagogique capable de reproduire dans les limites des moyens de l'institution, i.e. continûment, au moindre coût et en série, un habitus aussi homogène et aussi durable que possible, chez le plus grand nombre des destinataires légitimes (dont les reproducteurs de l'institution) »¹.

Institutionnalisation de la gestion contradictoire des corps dans le corps en apprentissage

Pascale Thouvenin effectuant une étude sur une partie de la formation infirmière, s'est notamment intéressé à l'analyse de « la gestuelle corporelle mise en œuvre lors de la transmission des pratiques de soins infirmiers [...] 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 »². L'IFSI ayant pour objet premier de former de futurs professionnels hospitaliers³, les enseignements théoriques mais surtout pratiques s'en voient implicitement mais objectivement orientés en fonction des règles et normes qui régissent tout le champ médico-hospitalier, en terme de structures et de catégories de perceptions spécifiques au champ. On peut effectivement commencer par dire très globalement que « commençant à l'Institut sur un

mannequin, puis entre étudiantes, [l'apprentissage] se poursuit en stage »⁴.

Cette approche « globale » demande cependant des précisions pour saisir la logique que sous-tendent les apprentissages relatifs au corps. Dans l'institution, si les cours magistraux sont idéalement des moyens de donner des fondements théoriques, les travaux pratiques (TP), sont, eux, censés correspondre à une mise en pratique liée à ces enseignements : « ils permettent à l'étudiant de découvrir, de s'initier à des actes infirmiers et de réfléchir aux soins »⁵, à travers, d'une part, l'apprentissage de techniques de soin, et, d'autre part, l'application concrète de la pratique infirmière. Il existe pour ce faire deux espaces d'apprentissage et de mise en pratique : il y a, d'un côté, les séances de démonstrations pratiques, dans des salles reproduisant une chambre-type d'hôpital, au cours desquelles les étudiants infirmiers s'initient sur des mannequins (voire sur des membres « arrachés » au corps) en plastique (un autre corps d'essai pouvant parfois être un autre étudiant⁶) et où il est alors question de « faire comme si »⁷ ; d'un

¹ Bourdieu Pierre et Passeron Jean-Claude, *La reproduction...*, *op. cit.*, p.72.

² Thouvenin Pascale, « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *Regards Sociologiques* n°29, 2005, p. 37.

³ La plupart des diplômés s'orientent en effet d'abord vers un exercice hospitalier après la formation.

⁴ Thouvenin Pascale, « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *art. cit.*, p. 37

⁵ *Projet pédagogique, Informations générales, Règlement intérieur*, IFSI de Drummer-Hinger, édition 2005. (L'IFSI d'où sont issus la majorité des éléments empiriques présentés ici est ainsi (re)nommé Drummer-Hinger)

⁶ Il a été rapporté, lors d'entretiens avec d'actuelles infirmières ayant effectué leur formation dans les années 1980, que certains se faisaient des prises de sang entre eux, « en cachette », pour « apprendre le geste », faute de matériel d'apprentissage.

⁷ Une organisation idéale de la formation devrait permettre aux étudiants d'aborder une première fois le soin dans sa *pratique théorique* en salle de TP pour pouvoir ensuite le mettre en application lors des stages suivants. Cependant, au regard du peu de temps qui est consacré pour l'enseignement de chaque technique, du nombre d'étudiants assistant aux travaux pratiques et de l'« alternance » de la formation, il est impossible de respecter cette *chronologie idéale*. Aussi, plus les étudiants avancent dans leur formation – et donc plus ils ont effectué de stages en établissements de soins –, plus il est fréquent qu'ils aient déjà pratiqué tel ou tel

autre côté, il y a les stages cliniques en service hospitalier où les étudiants, en rapport avec le patient et non plus avec un mannequin d'apprentissage, doivent s'investir (autant qu'ils sont investis par le champ dans



lequel ils opèrent et donc par la relation au patient que les contraintes structurelles et structurales des services impliquent), confronter leurs acquis théoriques et ajuster leurs pratiques sur/dans le champ : « inclination à agir qui s'engendre dans la relation entre un espace de jeu proposant certains jeux [...] et un système de dispositions ajusté à ce jeu [...], sens du jeu et des enjeux qui implique à la fois l'inclination et l'aptitude à jouer le jeu, à prendre intérêt au jeu, à se prendre au jeu »¹. D'autre part, c'est aussi le lieu où ils sont confrontés à leurs « appréhensions », leur « manque de confiance », leurs « angoisses », leur peur de mal faire et de faire mal, voire de « se faire mal »². Dans cette dualité des lieux d'apprentissage, l'hôpital semble rendre très visibles tous les effets d'hystérésis, de retard, de décalage entre l'espace de la *pratique enseignée* et celui de la *pratique appliquée* :

acte de soin avant de l'aborder dans le cadre des pratiques de TP.

¹ Bourdieu Pierre, « Une science qui dérange », *Questions de Sociologie*, Paris, Minuit, (coll. Documents), 1984, p. 34.

² Les termes, prononcés par les agents observés, mis entre guillemets, révèlent et témoignent des réalités vécues et sont aussi et surtout très précieux quant à ce qui est de situer leurs rapports d'apprentissages sur le terrain ; ce vocabulaire relevant du sens commun que les agents-formateurs dominants dispensent à "tour de langue" dans leurs cours. C'est dire que la diffusion du discours dominant essaime jusqu'aux perceptions des pratiques de chacune des futures infirmières qui ré-utilisent ce vocabulaire à l'aune du sens commun véhiculé par les formateurs.

« Moi quand je fais un soin [en stage] je suis obligée de relire le protocole parce qu'on m'y a montré d'une autre manière [...]. Je suis dans deux mondes, quoi ! Le monde école et le monde stage, c'est simple ! Et quand on voit leurs procédures et ce qu'il y a sur le terrain, mais..., moi je crois que leur procédure c'est juste un livre photocopié parce qu'ils sont pas allés sur le terrain pour voir comment ça se passait ! Y a vraiment des choses... [...], après tu regardes les prises de sang, même les toilettes, c'est pas du tout ça ! [...] Des fois on leur dit des choses en stage, qu'on a appris à l'école, mais ils disent "oui, mais ça tu ne feras plus quand t'auras eu ton DE [Diplôme d'Etat] !" » (Eva, 22 ans, étudiante en deuxième année³)

Par ailleurs, d'abord évalués par les formateurs au moyen de contrôles de connaissances (théoriques) au sein de l'IFSI, ce n'est qu'une fois confrontés à la « réalité du terrain »⁴ que les apprentis et leurs « capacités » de mise en application des connaissances sont jugés⁵ par des professionnels du soin⁶ selon des grilles d'évaluation bien définies. Ainsi il y a l'évaluation effectuée par l'équipe paramédicale du lieu de stage, le « rapport de stage », qui consiste non pas tant à cautionner ou renforcer tous les cadres normatifs de l'IFSI mais davantage à considérer l'étudiant comme futur infirmier plus ou

³ Les prénoms ont été modifiés afin de préserver l'anonymat des personnes interrogées.

⁴ La violence subie par les apprenti(e)s infirmier(e)s est produite par le décalage entre l'idéal présenté par les enseignantes et les conditions de travail généralement affligeantes, aux-elles s'ajoutent la découverte des « rapports hiérarchisés » au sein des services et de l'institution.

⁵ Sont ainsi jugées comme l'indiquent les documents officiels distribués à Drummer-Hinger les « capacités personnelles, méthodologiques, techniques, d'adaptation, relationnelles, éducatives, pédagogiques et d'organisation ». Ces éléments reflètent à eux seuls, une partie de la représentation de l'infirmière idéaltypique ayant cours dans la formation.

⁶ Il s'agit ici d'aides-soignantes, d'infirmières mais aussi des cadres infirmiers du service-lieu de stage, ainsi que des cadres (ou faisant fonction cadres) formateurs à l'institut de formation, ces derniers n'exerçant plus en établissement de soin.

moins apte à intégrer¹ (au double sens de s'inscrire dans et être inscrit par) l'espace réel des pratiques de soin en général et l'équipe infirmière en particulier. Les infirmières du service semblent ainsi juger toujours plus un *sens pratique* qu'un *sens de la pratique*, ce, alors que les formatrices de retour sur le terrain pour évaluer le *sens de la pratique*, lors des « mises en situation professionnelle » (MSP), se nourrissent de la naturalisation idéalisée des techniques de soin qu'elles prodiguent elles-mêmes à l'IFSI. Le but de ces MSP² est d'évaluer l'apprenti infirmier dans la prise en charge d'un certain nombre de patients : une formatrice de l'IFSI est alors amenée à se rendre « sur le terrain » afin d'observer et de juger, accompagnée d'une infirmière travaillant dans le service, la mise en application pratique du savoir théorique enseigné au sein de l'IFSI, ou en d'autres termes, le *degré d'incorporation d'un modèle institutionnel idéalisé*. Ces MSP permettent ainsi à l'étudiant de « travailler à sa propre disparition en tant qu'étudiant(e), [en travaillant à la] disparition du professeur, en s'emparant de ce par quoi il est professeur [et professionnel], aidé en cela par le professeur qui se donnerait pour tâche de travailler à sa propre disparition en tant que professeur »³. Il s'agit donc

¹ La (re)marque de pré-consécration (ou non) exprimée souvent à l'étudiant en fin de stage, qui peut être un indice de la manière dont est considéré ce rapport de stage, est de lui dire qu'« on aimerait bien (ou non) travailler avec lui ».

² Si les rapports de stage sont systématiques, les notations n'ont valeur que d'appréciation dans le bilan annuel de l'étudiant cependant que les notes obtenues lors des deux MSP obligatoires par année de formation entrent dans la moyenne générale de l'étudiant déterminant donc, avec celles des évaluations écrites, le passage à l'année de formation supérieure.

³ Bourdieu Pierre et Passeron Jean-Claude, *Les héritiers, les étudiants et la culture*, Paris, Minuit (coll. Le sens commun), 2002, p. 85. On notera que cette réflexion s'inscrit dans la construction du *type idéal* de la conduite de l'étudiant si, toutefois, le fonctionnement de l'institution le permettait, c'est-à-dire dans le cadre d'une explicitation des pratiques théoriques, mises en pratique objectivement, que l'on rencontrerait effectivement si celles-

de « tester », ou plutôt de contrôler et de juger la mise en pratique de théories et de techniques de soin, autrement dit, de voir de quelle manière les étudiants appliquent et transmettent cette pratique infirmière, en prenant en compte plusieurs paramètres, qui dépendent des attentes plus ou moins explicites des professionnels. Ce double jugement sélectionne ainsi les élèves qui sont les plus aptes à réaliser, dans l'institution, l'idéaltype de la méthode de soin et aussi ceux qui sont capables de l'adapter à la situation réelle de soin dans l'institution hospitalière. Si on peut affirmer qu'une technique de soin apprise dans l'institut de formation ne correspond à peu près jamais aux pratiques appliquées dans le milieu professionnel, l'évaluation en stage se fait au prorata des modalités théoriques de l'IFSI mises en pratiques lors de ces MSP normatives ; ce, même si tout au long de son stage, l'étudiant s'est conformé aux pratiques du personnel encadrant son immersion au sein du service hospitalier (pratiques qui, on le comprend aisément, n'ont souvent que peut d'analogies avec les règles qu'il faudrait suivre théoriquement et inculquées à l'IFSI).

« [...] Avec tout ce qu'on apprend à l'école, en MSP on devient fou parce qu'on ne sait plus quand se laver les mains parce que ça tourne dans la tête tellement ils nous bassinent avec ça et en fait tu vois l'infirmière qui rentre dans une chambre et hop, elle met son garrot, elle fait la prise de sang et elle s'est pas lavé les mains, elle a pas mis de gants ! Et là tu te dis faut arrêter, quoi ! Mais le problème c'est que tu prends vite les mauvaises habitudes, c'est surtout ça le problème ! Après tu regardes ta procédure et tu te dis ah ! glycémie

ci étaient en conformité systématique avec les déclarations d'intention, et « si la conduite étudiante [était] parfaitement conforme à la rationalité » (*Ibid.*, p. 83). Pour mesurer, expliquer, comprendre le « décalage » (*hystérésis*) existant entre la réalité observée et les ambitions affichées par l'enseignement, la construction idéaltypique présentée par Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron suit donc à la lettre la définition du type idéal proposée par Max Weber.

capillaire, faut laver les mains avant...d'accord !, t'apprends des choses ! Mais je n'ai jamais [elle insiste sur ce terme] vu une infirmière laver les mains au patient avant de lui faire un dextro, quoi ! Mais JAMAIS ! Alors quand toi t'es en MSP : "bon, on va se laver les mains monsieur" - "mais pourquoi se laver les mains ? On me le fait toujours comme ça" - "oui bon [sur un ton insistant, voire implorant] aujourd'hui on va se laver les mains ! " [elle rit], oui c'est ça, ça te fout dedans ce genre de trucs ! Bon, ils le savent très bien mais ils ferment les yeux aussi sur certaines choses. Et puis comme dit, la manière de noter d'une formatrice à l'autre n'est pas du tout la même ! Y a des disparités par rapport à ça. » (Eva)

Aussi, s'il n'est apparemment qu'un autre mode d'apprentissage, le stage est en fait également un instrument important de la reconnaissance (para)médicale, le sésame pour un premier adoubement ou pour une première condamnation par ses (futurs) pairs, et, par suite, un outil de la reproduction du corps infirmier (qui passe et est objectivé, d'abord par le corps de l'enseignant, du professionnel, avec lequel l'étudiant doit compter – sourire, mine, remarques, rapports plus ou moins proches, etc. – pour son onction). La projection réussie de l'étudiant dans le rôle de l'infirmier apprenti, c'est-à-dire sanctionnée par une note/remarque favorable, présuppose en effet des conditions sociales de réalisation effective, conditions mesurables en termes de *capital technique* détenu par l'agent considéré, et qui sont aussi au principe de la reconnaissance pratique évoquée plus haut niant l'apprentissage de la théorie de la pratique enseignée à l'IFSI. Le stage, ainsi que la projection qu'il suppose, qui revêt différents sens pour les étudiants et certainement aussi pour les intérêts du collectif soignant¹ (différences qui ont des « raisons

d'être sociales » dont il faudrait étudier les logiques), paraissent néanmoins, ce malgré leurs ambiguïtés certaines, indispensables dans la formation du soignant professionnel.

« L'étudiant de première année il faut l'encadrer plus, plus, plus, il est lent, il faut l'encadrer pour une toilette, au lieu de durer une demi-heure, elle va durer une heure, alors donc c'est le boulet pour l'équipe parce qu'il fait perdre du temps, il faut toujours qu'il y ait quelqu'un qui le suive, on peut pas le lâcher seul ; alors que l'étudiant de troisième année, les toilettes, les soins de base, il maîtrise seul, une grande majorité des soins techniques, il n'a plus besoin d'aide non plus, donc c'est celui qui va permettre de soulager l'infirmier par rapport à..., je sais pas, par exemple, le matin il a 10 perf à brancher plus 7 prises de sang, et ben voilà, l'étudiant va faire les prises de sang, l'infirmier va faire les perfusions et voilà, le temps qu'il n'utilise pas pour faire les prises de sang, il va pouvoir commencer à relever ses pres.[prescriptions] ; oui, l'étudiant en troisième année, c'est l'aide dans le service, bien sûr, parce qu'il en sait déjà plus. » (Jean, 25 ans, étudiant en fin de troisième année)

Le clivage entre ces pratiques sur un même objet et qui s'imprime dans les esprits induit, au sens propre, une sorte de « schizophrénie » alors induite et perpétuée par l'accord-désaccord que supposent les allers-retours entre ces différents espaces. Plus encore, cet élément de dissociation structurelle fait en quelque sorte le lit, comme nous le verrons, à d'autres contradictions à incorporer, à d'autres *démantèlements* possibles.

¹ « [...] Il faut rappeler que le collectif est déposé en chaque individu sous formes de dispositions durables, comme les structures mentales » (Bourdieu Pierre, « Une science qui dérange », *Questions de sociologie, op. cit.*, p. 29).

Les TP comme espaces d'intériorisation des dominations

Avec les éléments ethnographiques fournis par Pascale Thouvenin mais surtout à partir du matériau recueilli au cours des trois années de formation en soins infirmiers que j'ai effectuées¹, nous insisterons sur cette idée de *reconfiguration de l'habitus*² au moyen du mannequin d'apprentissage³, support à certains travaux pratiques réalisés au sein de l'IFSI et qui est un élément où s'exprime le clivage des visions du corps. En effet, l'utilisation du mannequin apparaît comme l'un des nombreux vecteurs par lequel se modèlent, par projection, la (di)vision, voire l'éclatement des corps à soigner. Sur l'ensemble des 2240 heures de formation théorique dispensée à l'IFSI, on compte, sur les trois années, 120 heures⁴ de pratique théorique lors des séances de TP. Ce volume horaire, de 5% environ par rapport au total global des enseignements, se répartie pour 75% sur la première année, 20% sur la seconde



et 5% sur la dernière en échelonnant les difficultés des pratiques : « soins d'hygiène » « bandages » et « gestes d'urgence », par exemple, lors de la première année, « habillage stérile », « pose de cathéter court » et « sondage vésical » pour la deuxième, enfin « pansement de cathéter long » ou « atelier de réanimation » au cours de la dernière année. C'est dire que l'apprentissage des pratiques se fait une fois pour toutes dans le laps de temps d'un apprentissage de survol des pratiques en première année et surtout que, au fur et à mesure des années et pour l'ensemble de la pratique, les stages cliniques suffisent et priment pour l'incorporation de la pratique légitime du traitement des corps. C'est dire aussi que « l'expérience » prime dans la formation du regard sur le/les corps et que cette subjectivation des représentations spontanées laissent surtout place, d'une part, aux représentations et aux traitements des corps que les services hospitaliers contraignent à adopter⁵ et, d'autres part, aux représentations et aux pratiques des corps qui traversent la formation⁶. Reste

¹ Formation débutée en 2002 et terminée en 2005, année d'obtention du diplôme d'Etat infirmier.

² Borja Simon, « Caractères de peintres (dé)peints », *Regards sociologiques*, 2007, n°33/34, pp. 129-150.

³ Nous tenons ici à remercier tout particulièrement David Naegel dont le *regard sociologique* porté sur la notion de *mannequin* a su induire et donc largement orienter nos premiers axes de recherche.

⁴ Ce chiffre est une reconstruction-indication idéale ici dans la mesure où les horaires de ce type d'enseignement sont peu ou mal indiqués dans le livret du *Projet pédagogique, Informations générales, Règlement intérieur*, IFSI de Drummer-Hinger, édition 2002. Nous avons procédé à son évaluation en conférant à chacun des éléments présentés les 3 heures (une après-midi ou une matinée) qui leurs sont le plus souvent dévolues. Par ailleurs, si le programme de formation est déterminé par arrêté (ce dernier ne faisant néanmoins aucune mention ni du volume horaire ni du contenu des travaux pratiques), l'organisation des cours est toutefois définie par l'équipe pédagogique de chaque IFSI : aussi, le découpage des séances de TP est ici celui de l'IFSI de Drummer-Hinger, entre 2002 et 2005.

⁵ Sur les contraintes qui pèsent au sein des services hospitaliers et qui ont une influence sur les pratiques et les représentations sur le corps, on pourra lire : Panchaud Catherine, « Profession de la santé dans la mouvance de la nouvelle gestion publique », Perrot Marie-Dominique et *alii.* (dir.), *Ordre et désordre de l'esprit gestionnaire. Où vont les métiers de la recherche, du social et de la santé ?*, Lausanne, Réalités Sociales, 2006, pp. 216-224.

⁶ Comme nous le montrons, avec Clément Bastien, dans un travail en cours sur l'exercice de la violence symbolique en maison de retraite, « Si, dans la formation en soins infirmiers, le temps d'enseignement théorique attribué aux "soins infirmiers aux personnes âgées" (80 heures auxquelles s'ajoutent 80 heures sur les troubles psychiatriques des personnes âgées) correspond au temps moyen attribué aux différents « modules-pathologie », il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un enseignement peu mis en valeur au sein même des IFSI : les cours ont souvent lieu le lundi matin ou le vendredi après-midi, et sont parfois annulés

qu'on comprendrait donc mal la place tenue par les TP si l'on ne voyait pas immédiatement leur fonction performative dans un aperçu, même sommaire, donné à l'étudiant de ce qu'il est tenu de faire et légitime à pratiquer. Ces cours n'ont donc pas pour vertu de former à la pratique, mais de donner à voir aux futurs infirmiers les pratiques auxquelles ils sont et seront autorisés et pour lesquelles ils devront développer un « esprit d'initiative ». Cet aperçu de l'horizon des pratiques constitue aussi une prévention quant à l'horizon des corps qu'ils auront à traiter, une mise en condition du stress à venir dans le suivi technique d'un corps médicalisé, d'abord incarné par les étudiants cobayes (voire les patients) et la figure du mannequin sur lesquels ils s'exercent. Qu'on ne s'y trompe pas, cet apprentissage pratique, pour peu important qu'il soit en volume horaire, est assez rare pour être marquant et imprimer durablement les esprits dans un exercice qui n'est pas de la théorie ni même un stage clinique.

« Je sais pas à quoi ça sert [les TP] ...si, ça sert, je pense, à détailler une fois la procédure, le voir faire une fois convenablement, entre guillemets, mais c'est vrai que c'est frustrant et ce genre de geste, par exemple la pose d'une cathéter court, t'aimerais bien le faire une ou deux fois sur un mannequin avant de le faire sur un patient [...]. Le fait de le faire une fois sur un mannequin c'est pas là que t'apprends à le faire, mais peut-être ça désacralise un peu le truc et t'as tenu le matériel dans les mains une fois donc tu sais comment se désadapte le mandrin du cathé, t'as eu la sensation au moins une fois de l'avoir dans les mains et même si tu transperce du plastique, c'est complètement différent de transpercer un bras quoi, ou la peau, mais ça désacralise un peu le truc peut-être. Mais ça n'enlève rien de l'appréhension que tu

en raison d'un planning trop chargé, ce qui n'est que très rarement le cas pour des modules dits plus fondamentaux [...] on voit ici comment une (di)vision médicale dominante impose, tant dans le champ des pratiques médicales et paramédicales que dans l'espace social global, une vision dévalorisée et dévalorisante de la vieillesse ».

peux avoir les premières fois que tu fais les gestes très techniques. C'est pas les TP qui font que t'as moins d'appréhension..., voilà, c'est une personne que t'as dans le lit, c'est pas..., y a un autre enjeu.» (Pascal, 26 ans, étudiant en deuxième année);

« [...] On sait peut-être faire le tri dans les cours, on arrive mieux à cibler les cours qui sont intéressants, ceux qui le sont un peu moins. Au niveau des formateurs, bon les cours de soins infirmiers, c'est stable de la première à la troisième année, c'est ceux où il faut aller. Il y a tout le côté TP aussi qui a son importance, même si c'est pas là qu'on apprend le geste. – *C'est à dire, « c'est pas là où on apprend le geste » ?* – C'est pas en piquant dans un bras gonflé de sirop de grenadine, en plastique, qu'on va apprendre à faire une prise de sang, ce sera sur le terrain de stage qu'on va apprendre. » (Jean)

L'ambiguïté de l'espace d'apprentissage par TP qui guide vers un avenir professionnel certain est donc le premier lieu où s'organisent l'unification de la fonction pratique du métier et l'unité des appréhensions d'une pratique immergée. Ce sont ainsi les cadres *localisés* de la pratique, en un lieu qui transpose la chambre d'hôpital à l'IFSI et les cadres *temporels* d'une pratique qui n'a pas le temps de se pratiquer (à l'hôpital en face du malade), qui sont en gestation¹.

Outre les cours théoriques qui exercent d'autres effets sur la pratique,

¹ « Pour le dire autrement, les rapports de domination entre les groupes sociaux sont inscrits dans certaines configurations objectivées (nommées "espace", "temps", "villes", etc.) qui ont besoin de « lieux » pour durer et se cristalliser, s'imposer, se masquer, se reproduire et se transformer. Dans ces conditions, ces rapports de domination sont transmutés selon différentes modalités pratiques dont les *espacements* et les divisions qu'elles impliquent sont appréhendables en termes de contraintes spatiales (et, concomitamment, en *perceptions spatiales et spatialisées*) organisées qui, à leur tour, imposent des contraintes temporelles ». (Christian de Montlibert et Simon Borja, « Espace-temps social et réification de l'espace social », *Cahiers du CRESS – « Espèces d'espaces »*, n°7, novembre 2007).

l'apprentissage pratique des techniques du corps infirmier se produit donc concrètement au travers de deux espaces physiques spécifiques que sont d'une part, les salles de travaux pratiques de l'école et les lieux de stages en établissement hospitalier d'autre part ; spécifiques mais très peu différenciés en réalité : « [...] Inscrit à la fois dans les structures spatiales et dans les structures mentales qui sont pour une part le produit de l'incorporation de ces structures, l'espace est un des lieux où le pouvoir s'affirme et s'exerce, et sans doute sous la forme la plus subtile, celle de la violence symbolique comme violence inaperçue : les espaces architecturaux, dont les injonctions muettes s'adressent directement au corps, obtenant de lui, tout aussi sûrement que l'étiquette des sociétés de cour, la révérence, le respect qui naît de l'éloignement, ou mieux, de l'être-loin, à distance respectueuse, sont sans doute les composantes les plus importantes, en raison même de leur invisibilité [...], de la symbolique du pouvoir et des effets tout à fait réels du pouvoir symbolique »¹. Tout se passe comme si ces salles de travaux pratiques étaient le premier élément d'apprentissage, condition localisée *sine qua non* d'effectuation de la geste technique, où l'espace physique particulier, avec lequel les étudiants devront faire corps, matérialise déjà les projections (et les sanctions) pratiques hospitalières.

Les salles de TP « environnement aseptisé où tout est fait pour que ça marche » (formatrice en IFSI), reproduisant plus ou moins strictement l'aménagement des chambres d'hôpital, sont des « non-lieux » où formateurs et étudiants se retrouvent, chariots, matériels et protocoles en main, afin d'initier et d'être initiés aux techniques de soins. La « procédure » est énoncée selon la chronologie légiférée des actes à reproduire, démontrée puis réalisée par chaque étudiant : ainsi Jean explique qu'« on lit le fascicule, on lit comment on doit [il insiste sur le mot] faire, après il y a

en général un étudiant qui le fait devant les autres et puis après, ça dépend du matériel disponible, soit on se répartit en deux petits groupes et on fait chacun à notre tour le geste, ou s'il n'y a pas le matériel pour, c'est ensuite un ou deux autres étudiants en plus qui font et les autres regardent ». L'imitation est ici un des moyens d'intégration des techniques, chacun observant, critiquant parfois et copiant souvent les gestes de l'autre sous les « c'est en faisant qu'on apprend » du formateur. L'énonciation semble par ailleurs essentielle, faute de mieux, dans la mémorisation du protocole et par conséquent dans l'incorporation des gestes techniques² : faits, refaits, mieux faits, dans la mesure du possible³, ils le sont

² « Mais surtout parce que le processus d'acquisition, *mimesis* (ou mimétisme) pratique qui, en tant que faire-semblant, impliquant un rapport global d'identification, n'a rien d'une *imitation* supposant l'effort conscient pour reproduire un acte, une parole ou un objet explicitement constitué en tant que modèle, et le processus de reproduction qui, en tant que réactivation pratique, s'oppose aussi bien à un souvenir qu'à un savoir, tendent à s'accomplir en deçà de la conscience et de l'expression, donc de la distance réflexive qu'elles supposent. Le corps croit en ce qu'il joue : il pleure s'il mime la tristesse. Il ne représente pas ce qu'il joue, il ne mémorise pas le passé, il agit le passé, ainsi annulé en tant que tel, il le revit. » (Bourdieu Pierre, *Le sens pratique*, Paris, Minuit (coll. Le sens commun), 1980, p.123).

³ Un TP dure de manière générale trois heures, pendant lesquelles une vingtaine de personnes doivent découvrir le protocole, le matériel et réaliser le geste. Reconsidérant les TP auxquels nous avons dû participer lors de la formation, il n'était pas toujours possible pour chaque étudiant de réaliser au moins une fois le soin et encore moins de le faire plusieurs fois, cela dépendant toujours de la technicité du soin et des règles à respecter pour l'accomplir. Il s'agissait, en effet, d'intégrer le plus « justement » (entendu dans les règles institutionnalisées) possible les gestes enseignés, ce au regard du temps imparti et des possibilités – parfois rares pour certains actes – de les réaliser lors de stages ultérieurs. Dans les cas où il n'était pas possible que chacun réalise le soin, il nous fallait mémoriser et accomplir les gestes mentalement en même temps qu'un autre le faisait concrètement. Notons à ce propos que cette intériorisation, qui prend alors nécessairement une dimension fictive en homologie avec le reste de l'institutionnalisation du rituel pour ne pas dire avec le reste de la ritualisation de l'institution,

¹ Bourdieu Pierre, « Effets de lieu », *art. cit.*, p. 256.

souvent sous les « ordres » d'un étudiant reprenant scrupuleusement le protocole. Il peut parfois être surprenant, mais très révélateur des luttes « de légitimité » entre infirmiers hospitaliers et formateurs, d'écouter et d'observer des étudiants ayant appris un soin en stage avant même que le cours n'ait eu lieu : le geste et la technique ne sont en effet pas toujours comme le formateur aurait souhaité les transmettre. Mis face à certaines contradictions ou nuances dans le soin, le voir justifie cependant le protocole établi en déconsidérant (mais pas trop) les professionnels des services, ce qui en dit long sur les nécessaires stratégies de réajustement de l'autorité non seulement pour ne pas entraver la « discipline »¹ instaurée par l'institut de formation, mais surtout pour tâcher de maintenir une position de force au sein même de l'hôpital en tant qu'agent spécialisé : « oui, à force de le faire, on finit par aller plus vite...mais le bon geste est celui que vous allez apprendre aujourd'hui. Tant que vous êtes étudiant(e)s, je vous conseille de faire comme ça »². C'est aussi et principalement par ce dressage du corps, dont la dimension physique et manifeste implique également une intériorisation de manières de voir, de représentations afférentes à ce dressage – qui structurent un rapport social au monde social dont le

rapport au corps est une des dimensions, et qui sont, elles, latentes –, que se construisent et se reproduisent les différentes formes de domination. Ainsi, une étudiante qui avait appris à préparer et à administrer un traitement par voie veineuse (« poser une perfusion ») (re)considère après coup avoir appris « un petit peu faux », légitimant ainsi davantage les pratiques telles qu'elles sont enseignées en TP plutôt qu'appliquées en service : « En service, on applique pas toujours le protocole au pied de la lettre [...] Déjà on se rend compte qu'on a appris un petit peu faux, on se dit que... Ben moi par exemple j'avais appris à préparer et poser une perf. avant de faire le TP et le protocole. J'avais un problème parce que j'avais toujours des bulles dans la tubulure et je comprenais pas et je l'ai compris en TP : en fait je clamber pas avant d'assembler et là je me suis dit que j'aurais perdu beaucoup moins de temps si je l'avais su plutôt que de passer des heures à chasser mes bulles ! – *Et l'infirmière du stage ne vous l'avait pas montré ?* – Non, elle le faisait tellement machinalement qu'elle a jamais pensé à me le dire ! Donc c'est vrai que les formateurs ont certainement plus l'œil pour voir ce genre de détails. Mais c'est vrai qu'on a peut-être tendance à...enfin, moi je me dis que les infirmières qui travaillent depuis un certain temps savent quand même le faire et qu'elles sont censées nous apprendre les gestes correctement, donc je leur fais confiance. Peut-être que je devrais pas ! ? [elle rit], je sais pas. » (Valérie, 22 ans, étudiante en première année).

N'ayant le temps de faire passer l'exercice qu'à un nombre restreint d'étudiants, les discussions qui s'engagent, les blagues entre étudiants observateurs sont autant de moments où le groupe des apprentis infirmiers apprend en même temps ce qui réunit les agents hospitaliers et les moyens de gérer ou de commenter leur peur, leur pratique. Ainsi Jean explique, en parlant du TP « toilette quotidienne », que c'est « vraiment la rigolade pour tout le monde » : « Déjà le formateur est avachi sur le lit de TP, on est en groupe, ça nous arrive pas souvent non plus d'être en petit groupe à l'IFSI, et puis oui, c'est l'IFSI, c'est vraiment le lieu, c'est l'école quoi,

dévoile la nécessité de prédispositions pour l'intégration des gestes attendus. Le fait que l'intégration doive, dans certains cas, s'effectuer de manière passive, renvoie également à la forte féminisation de ce travail (voir à ce propos, Bourdieu Pierre, *La domination masculine*, Paris, Seuil (coll. Points/Essais), 2002).

¹ « La discipline "fabrique" des individus ; elle est la technique spécifique d'un pouvoir qui se donne les individus à la fois pour objets et pour instruments de son exercice » (Foucault Michel, *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard (coll. Tel), 2003, p. 200).

² On voit également à ce niveau, de quelle manière le formateur, de manière inconsciente, fonde son autorité, en plus de la légitimité que lui confère l'institution, sur la position, voire l'âge, des étudiant(e)s face à lui. D'autre part, confronté à un agent qui détient déjà, malgré lui, la maîtrise pratique d'une technique de soin, donc une manière de compétence menaçante, il semble préférable pour le formateur, encore une fois, de maintenir la distance, déjà évoquée plus haut, entre la formation et la « réalité du terrain ».

c'est un peu la cours de récré à 10 heures et à 15 heures, non, c'est le monde de l'école, c'est vrai que on n'est pas sérieux dans une école, on est étudiant, donc l'étudiant voilà, c'est pas sérieux tout le temps ». Les manipulations du mannequin (faire tourner la tête à 180°, inverser les membres, se lancer les parties génitales « interchangeables », etc.) ou les caricatures de pseudo-relation avec ce corps inerte (« alors voilà monsieur, je vais donc vous enfoncer une aiguille dans le bras et comme je ne sais pas faire, ça risque de vous faire mal, mais bon, faut bien apprendre, hein ! ») sont autant de manières de désacraliser ce nouveau rapport au corps, seul moyen semble-t-il d'aborder les craintes certaines et le stress que les étudiants tâchent de dissimuler. Dans cet espace de pratiques, qui actualise, bouscule et précipite les (habitudes des) membres du groupe d'étudiants, convergent l'espace réglé des apprentissages et l'espace des représentations qui se coordonnent dans des dispositions aptes à susciter l'intégration à venir dans les services : « l'intensification des activités collectives et plus particulièrement des activités de coopération, supposent, en l'absence des mécanismes traditionnels de l'intégration communautaire, une institution et un personnel spécialisé chargé d'organiser le travail en commun et d'enseigner les techniques de coopération »¹.

On constate ici que l'ordre de la pratique communautaire religieuse qui régissait et réalisait la cohérence du groupe des apprentis infirmières² n'a plus besoin, ni même lieu d'être, tant la pratique qui en a résulté suffit à présent, à elle seule dans ses nouvelles prérogatives techniques, à inscrire les fondements d'une cohérence de groupe. L'apprentissage de la pratique en ce lieu suppose la cohésion du groupe autour de pratiques et de manières de voir sans qu'il soit besoin de marteler ou d'inculquer l'esprit du groupe et du travail

¹ Bourdieu Pierre, *Les héritiers. Les étudiants et la culture*, op. cit., p. 52.

² Cf. Charles Geneviève, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, op. cit. ; Crapuchet Simone, *Protestantisme et écoles de soins infirmiers. De la III^e à la V^e République*, op.cit.

infirmier. Cette institution de la cohésion du groupe se fait donc toute seule, sans qu'il soit besoin d'y penser, parce que les logiques de l'apprentissage pratique auquel on est destiné et pour lequel on est là, fonctionnent à la fois comme une pratique et un esprit de la pratique. Performatif et performant, cet apprentissage perfore en quelque sorte les habitus pour marquer assez profondément le corps et l'esprit des étudiants en restant dans la surface d'une appréhension trop courte pour donner l'impression qu'elle envahira entièrement l'activité professionnelle dans la mesure où, de toute façon, l'invasion des investissements théoriques fait déjà le lit à ce que sera la fonction définitive du corps de l'infirmier sur le corps du patient.

« Vous êtes focalisés sur le bras, mais même le bras il n'y a rien au bout, donc voilà, c'est pas un être humain donc on ne peut pas comparer un bras en plastique à..., et puis peut-être le fait qu'on ne soit pas en blouse aussi, on est en tenue civile, on n'est pas l'étudiant infirmier en stage, on est l'étudiant infirmier à l'IFSI, donc oui, on n'est pas en tenue, on n'est pas dans la réalité du terrain et puis après dans le lit, c'est pas un vrai patient. » (Jean)

Barrière franchissable et à franchir, il ne faut pas non plus que le TP deviennent le lieu où la conscience des étudiants se réalise dans la réalisation de ce qu'ils vont devenir et ce à quoi ils seront soumis dans leur pratique professionnelle : les stages sont faits pour leur apprendre la réalité de la pratique, les TP eux prolongent quelque peu la théorie par une théorie pratique idéalisée. Tout se passe donc comme si la reproduction d'un groupe et des tâches auxquelles il sera assigné entraînent une réadaptation du corps et de l'esprit de l'étudiant structurant la production d'un habitus³ spécifiquement infirmier. Cette

³« Le concept d'*habitus* peut être considéré comme l'ensemble des attributions dont est doté chaque agent, en fonction d'abord de son milieu d'origine, dès lors qu'il est le membre d'une société à un moment donné du temps, et qui lui permettent ou non, de s'adapter aux attentes de l'environnement

incorporation des règles au sein d'un système de pratiques et de représentations sur les pratiques (pour partie enseignées de manière consciente mais surtout transmises au travers de l'articulation des exercices de pratiques de soins dont la technicité et la diversité même renforcent les dimensions inconscientes de l'intégration) doit être envisagée comme un processus d'inculcation et de (con)fusion totale de propriétés spécifiquement infirmières dans et par l'activation d'un processus globale et structurale agençant la logique de décalage pratique constant qui est au cœur des pratiques infirmières (et plus largement peut-être du champ médico-hospitalier). On peut sans mal considérer que la formation infirmière est donc, entre autres, un moyen implicite (car méconnu comme tel, ignorance mécanique qui fonde d'ailleurs la force de la domination dite « symbolique »¹) d'exercer des jeux de contrôle et de domination².

auquel il est confronté (cet environnement se traduit chez Pierre Bourdieu par le concept de champ). [...] La place que ceux-ci occupent dépend, en effet, des propriétés sociales objectives qu'ils incorporent de sorte que les variations de leur *habitus*, loin d'être subjectives, correspondent aux potentialités objectivées déterminant la possibilité de s'adapter aux intérêts du champ. C'est dans l'*habitus* même que s'agrègent les différentes formes de capital, de sorte qu'il résulte de ses différentes propriétés un pouvoir plus ou moins grand de répondre mécaniquement aux injonctions du champ dans lequel l'agent est ou désire se placer » (Borja Simon, *Production de l'art, 1. De l'œil du sociologue aux œillères de l'artiste*, mémoire de Master de recherche sous la direction de Christian de Montlibert, Strasbourg, UMB, juin 2005, p. 43).

¹ Pour se rendre compte de la dimension pratique qu'est le symbolique, on pourra lire le très heuristique outil d'analyse que représente l'article suivant : Dubois Jacques, Durand Pascal, Winkin Yves, « Le symbolique est le social », in Dubois Jacques, Durand Pascal, Winkin Yves, (dir.), *Le symbolique et le social. La réception internationale de la pensée de Pierre Bourdieu*, Liège, ULG, 2005, pp. 207-214.

² Cette hypothèse mise en place pour le mémoire de licence de sociologie doit à la *cumulativité* des sciences sociales et s'inspire, ici notamment, des travaux réalisés par Christian de Montlibert sur le *contrôle social de la vie privée* (Montlibert

Le mannequin : moyen de reconfiguration et de reproduction d'un habitus légitime et légitimé

Un corps ambigu

Selon des éléments de l'article de Pascale Thouvenin, l'apprentissage de la pratique des soins en institut de formation prend le mannequin³ comme support depuis les années 1960 ; sa ressemblance avec l'homme (ou avec la femme, selon les accessoires

utilisés) offre ainsi la possibilité de prendre connaissance, d'apprendre et de pratiquer des soins sur un corps dénu(d)é de sens (en



terme de perception et de réaction sensorielle), avant de les réaliser auprès de patients hospitalisés. Plus précisément, quant au « passage » entre lieu d'apprentissage et lieu de stage, c'est, en effet, lors des travaux pratiques évoqués plus haut que sont autorisées et exigées les premières⁴ manipulations sur

Christian de, *Le contrôle de la vie privée. Essai d'analyse de la contribution des travailleurs sociaux à la reproduction sociale*, Fribourg (Suisse), Delval, 1988).

³ De l'ancien néerlandais *mannekjin*, petit homme, pour lequel il serait intéressant de rechercher les conditions et les raisons socio-historiques d'apparition ainsi que des diverses utilisations qui en ont été faites. Cf. Thouvenin Pascale, « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *art. cit.*

⁴ Notons cependant qu'un certain nombre d'étudiantes en formation sont issues d'une formation d'aide-soignant, alliant par-là une connaissance (banalisée souvent) du *corps-dénu(d)é* à une nouvelle approche parfois plus invasive mais d'autant plus valorisée et valorisante qu'elle se (re)construit dans une forme d'ascension professionnelle. Ce sont d'ailleurs souvent ces personnes qui subissent doublement cette violence symbolique qu'entraîne la tentative de repositionnement dans le champ : déjà reconnues comme professionnelles, leur reconversion en terme de nouveau positionnement dans l'espace social les replace au rang d'étudiante avec les humiliations, les remarques, les sanctions déjà rencontrées, statut par, pour et dans lequel tout est à

un corps. S'échelonnant tout au long de la formation, la progression sur et dans le corps-objet de soin s'effectue ainsi en parallèle avec la progression de l'étudiant dans la formation et donc dans le corps infirmier. Plus encore, l'infirmière technicienne des corps, au travers du morcellement de la vision sur le corps et du corps qu'induit son apprentissage, ne fait que reproduire à son niveau le « morcellement qui est opéré par la médecine. Largement dominante dans la pratique médicale, l'approche clinique qui s'appuie sur l'observation des manifestations du corps et sur la description fine des symptômes a contribué au développement d'une conception localisatrice de la maladie »¹. Et, dans les faits cet éclatement est objectivé par chacun des cours de démonstration pratique qui a pour objectif l'enseignement d'un soin technique spécifique (de la préparation du matériel jusqu'à l'évacuation des déchets, ce, selon des protocoles bien établis) comme le sont, par exemple, la réalisation d'une ponction veineuse, la pose d'une sonde vésicale ou encore la toilette. Ce dernier exemple compte, ce-pendant, parmi les rares enseignements, avec ceux concernant les techniques de manutentions, qui tâchent de (faire) prendre en compte la totalité du



(ré)apprendre selon des règles et des protocoles spécifiques à la nouvelle formation. Ce qu'elles ont en partie intégré et appris *par corps* est mis à mal par une obligation de déconstruire « les mauvaises habitudes de service » pour mieux reproduire les gestes et techniques légitimes. D'autre part, ce sont les mêmes humiliations et les regards critiques afférents qu'elles vont subir lors des premiers stages, dans la mesure où la première année a pour objectif de faire intégrer les « soins de base » ou « de *nursing* », soit en d'autres termes, les soins réalisés par (et souvent délégués par les infirmières aux) aides-soignantes. Pour une analyse approfondie de la position d'aide-soignante, cf. notamment Arborio Anne-Marie, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001.

¹ Cerebe Janine Pierret, « Relation au corps et conduites de maladie », *Ethnologie française*, VI, n°3-4, 1976, p. 279.

corps et, dans la mesure du possible, de la personne² et de ses possibles réactions : une formatrice explique à ce propos « que le côté relationnel, la place du patient, c'est trop difficile. Le stage sert à ça mais le TP, je sais pas, pas pour ça en tout cas. Autant pour la toilette ça me semble indispensable, autant là, pour d'autres TP, je sais pas, tu peux pas tout toucher ; je crois qu'il faut aussi accepter qu'il y a des limites..., ça vient après [sous entendu la prise en compte de la personne vient après la manipulation pratique de son corps] ». En d'autres termes, à partir du moment où le corps humain est objectivé dans le mannequin, il est, en quelque sorte réduit à une fiction³ qui permet ainsi son morcellement, sa parcellarisation selon les logiques de la division du travail (chaque partie du corps étant associée à des signes spécifiques observables ou à une technique de soin) : les gestes de soin sont « infligés » à cet « objet d'expérience en plastique [...],

moche, ne représentant pas le réel [...], raide, sans expression et muet »⁴ pouvant subir toutes les maladresses sans répondre.

« C'est vrai qu'en TP c'est simple, enfin c'est simple ; on est beaucoup dans la rigolade, on est détendu, pas

pressé, et puis si on rate, on rate, c'est pas grave. Par contre c'est vrai que si on a une VVP [voie veineuse profonde] à poser chez

² C'est, en effet, durant ces cours que les formatrices mettent fortement l'accent sur l'attention que l'étudiante doit porter tout au long du soin, à la pudeur, au « respect de la dignité » du patient et à l'importance relationnelle qu'exige ce contact intime au corps (comme si la nudité révélait miraculeusement et pour une fois la personne en tant qu'agent (ré)actif au lieu d'être encore et toujours ce corps-objet auquel on fait une *simple* prise de sang).

³ Fiction morbide même si l'on se réfère à ce que peuvent parfois dire certains formateurs : « on travaille sur des corps inertes tellement bien faits qu'on dirait des cadavres ».

⁴ Thouvenin Pascale, « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *art. cit.*, p. 41.

quelqu'un et puis qu'on rate deux fois, ça sera peut-être moins marrant, on est plus stressé, c'est pas un bras en plastique qu'on a en face de nous, c'est un être humain, donc... » (Jean)

Habitué(e)s à être confronté(e)s à l'absence de réaction ou à les fantasmer (c'est-à-dire selon un processus en complète opposition avec la pratique associée, qui se veut, elle, parfaitement rationnelle), « c'est en organisant ce "faire" fictif qu'est l'exercice que l'[IFSI] prépare les étudiants à faire, en faisant ce qu'il faut faire pour se faire »¹.

*Un cas d'école : exemple de la ponction veineuse (ou prélèvement sanguin)*²

Ayant ici opté pour l'observation de l'enseignement d'une technique de soin (et donc du corps) en particulier qu'est le prélèvement sanguin, nous allons décliner la description en deux temps (ou plutôt en deux espaces) dans la mesure où il s'agira d'abord d'une description de la *technique enseignée* lors des travaux pratiques (voir tableau et planche n°1), suivie d'éléments distinctifs pratiques du même geste, observés lors de stages hospitaliers (voir tableau et planche n°2). Ces deux temps de l'observation nous permettrons ainsi de faire émerger non seulement ce qui doit être incorporé par les étudiants en soins infirmiers mais aussi les effets d'*hystérésis*, le décalage, l'écart qui existe entre la technique idéaltypique, enseignée au moyen d'un bras de mannequin, et la technique appliquée lors d'un soin réel en service hospitalier auprès d'un patient.

« Tout est à découvrir en stage ! Je pense que tout est à découvrir en stage. Je veux dire que quand on fait un TP couche à l'IFSI, ça n'a rien à voir dans la réalité : à

l'IFSI, la couche est toujours propre quand on l'enlève, voilà, ben la toilette c'est pareil, donc il n'y a pas les odeurs, il n'y a pas les fuites ; quand on fait un TP sur une pose de perf sur un bras en plastique, il n'y a pas de douleur pour le bras en plastique mais il y a la douleur à prendre en charge sur la personne..., enfin c'est vraiment deux mondes totalement différents : il y a le monde imaginaire IFSI et la réalité. » (Jean)

La formation par l'apprentissage social de techniques normalisées et standardisées participe de l'unification des pratiques qui ont cours dans le milieu infirmier, unification nécessaire à la reproduction de l'ordre établi ; reproduction rendue possible notamment grâce aux protocoles d'actions et de soins rédigés par les agents investis dans le champ médico-hospitalier en général³ et dans celui de la formation en particulier⁴.

Le protocole, produit et donc légitimé par le champ médico-hospitalier, prescrit, impose une partie des gestes à effectuer afin de les rendre efficaces et « soignants », voire « soigneux ». Les gestes effectués par l'infirmier(e), qu'il s'agisse de soins « directs » ou « indirects »⁵, devront tendre à l'être dans le respect des « principes généraux » énoncés dans chaque fascicule de « procédures de soins infirmiers » qui conditionnent « la qualité des soins infirmiers ». Voici quelques-uns de ces critères de « qualité » :

« Respect de la prescription médicale – connaissance du ou des objectif(s) thérapeutique(s) du prescripteur – surveillance

¹ Bourdieu Pierre et Passeron Jean-Claude, *Les héritiers, les étudiants et la culture*, op. cit., p. 84.

² Au regard des nombreuses pratiques de soins infirmiers qu'il aurait été envisageable de décrire, nous avons opté pour celle qui, dans les représentations sociales de l'infirmière, semble le plus souvent la définir comme « piqueuse ».

³ Une des instances ayant pour objet de *normaliser* et de *légiférer* les nombreux protocoles hospitaliers est le CLIN. (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)

⁴ En effet, la réactualisation des protocoles et des fascicules d'enseignements est réalisée par les formateurs de l'équipe pédagogique de Drummer-Hinger.

⁵ Les soins « directs » étant l'« ensembles des actes infirmiers accomplis auprès du patient » et les soins « indirects », « toute activité qui contribue aux soins mais qui est exercée hors de la présence du patient », définitions données lors d'un cours à l'IFSI de Drummer-Hinger, intitulé « Organisation du travail » (mai 2004).

Grille de lecture des tableaux des descriptions et des planches de photos

Les deux planches de photos présentées ci-après ont pour but de permettre une visualisation concrète d'une technique spécifique décrite dans les tableaux 1 et 2 telle qu'elle se déroule dans le TP (« pratique enseignée ») et à l'hôpital (« pratique appliquée »). Elles dévoilent donc et donnent une lisibilité aux différences d'application du protocole pour une même technique (« prélèvement sanguin ») au sein des deux espaces. Les indications et les annotations des tableaux 1 et 2 visent donc à guider le lecteur dans la progression des clichés en explicitant à chaque fois les « raisons pratiques » des gestes effectués. Méthodologiquement, outre la répétition des observations effectuées et des notes prises sur le terrain lors de la formation, un retour sur le terrain a été accompli notamment au travers d'une série d'entretiens enregistrés avec des étudiants allant de la première à la troisième année, des infirmières en poste et des formateurs en sus de la passation d'un questionnaire quantitatif passé à près de deux cents étudiants (plus d'un tiers de l'effectif total) répartis sur les trois années de l'IFSI de Drummer-Hinger. En ce qui regarde les photographies présentées et concernant d'abord la planche n°1 (« prise de sang n°1 – pratique enseignée »), c'est faute d'avoir pu assister, à notre retour sur le terrain, à une séance de TP au sein de l'IFSI de Drummer-Hinger que les photos ont été réalisées lors d'un TP spécifique grâce à un formateur et quelques étudiants ayant accepté de se prêter au jeu d'un TP hors des séances prévues. Une première demande auprès de la direction de l'IFSI avait en effet été refusée car, explique-t-elle, « il faudrait prendre le temps de [m]'expliquer le cadre pédagogique qui englobe ces TP, et franchement, là, [ils] ne l'ont pas ». Ayant ensuite expliqué ma démarche (ainsi que les raisons du refus) à un membre de l'équipe pédagogique du même institut, celui-ci a obtenu, lui, l'accord de sa hiérarchie. Il n'était « tout d'un coup » plus nécessaire de m'« expliquer le cadre pédagogique »ⁱ et la séance a pu avoir lieu dans une salle réservée aux démonstrations pratiques.

Par ailleurs, la planche n°2 (« prise de sang n°2 – pratique appliquée ») se compose de photos prises dans une salle de prélèvement « ambulatoire » : les patients ne sont donc pas allongés mais assis dans un fauteuil dont les accoudoirs permettent une installation confortable le temps du prélèvement sanguin. Les démarches auprès de services hospitaliers n'ayant pas abouti, il m'a fallu opter pour cette alternative de sorte que l'usage de ces clichés garde leur charge empirique.

Planche n°1 : chaque cliché représente (dans la mesure du possible), un découpage de la technique du « prélèvement sanguin » effectué sur un bras en plastique, découpage réalisé en fonction des gestes clé du protocole (utilisé lors des travaux pratiques). Numérotés de 1 à 20, les clichés retraduisent donc la chronologie de cette technique censée être réalisée « dans les règles de l'art ». (Les annotations d'une séquence sont situées au-dessus de la série de photos).

Planche n°2 : une lecture des photos numérotées de 1 à 13 restitue la chronologie des gestes effectués par l'infirmière pour un prélèvement sanguin auprès d'une personne. Les observations répétées et annotées dans les carnets de terrain sont celles prise lors des stages hospitaliers que j'ai réalisés de sorte que certains éléments ne peuvent apparaître sur les photos prise en service « ambulatoire ». Dans ce dernier comme dans les services de court ou moyen séjour, le protocole est « ajusté » de la même manière (comme l'absence de gants par exemple). Par ailleurs, les morceaux d'entretiens choisis dans le présent texte sont, à propos de la distance entre ce qui est enseigné et ce qui est appliqué, révélateurs des constats qui traversent l'ensemble des entretiens réalisés avec les étudiants ou les infirmières en poste (exerçant dans des services depuis moins de cinq ans).

ⁱ M'interrogeant sur le contenu de ce « cadre pédagogique » qu'il aurait fallu m'expliquer, j'apprenais par la suite, par une formatrice, qu'il n'était en rien différent (ni plus élaboré) de celui que j'avais dû lire et signer en entrant en formation en soins infirmiers.

du ou des traitements administrés – information du patient sur le soin et son déroulement pour obtenir son consentement – respect des critères d'efficacité, de sécurité, de confort et d'économie inhérents à chaque soin – prise en compte de l'organisation, des ressources matérielles et humaines ainsi que du projet de soin du service – respect des bonnes pratiques en hygiène hospitalière – respect des précautions générales visant à prévenir les accidents avec exposition au sang ou aux liquides biologiques – respect du circuit d'évacuation des déchets – respect de la date de péremption des produits et/ou matériel utilisé – vérification de l'intégrité du matériel utilisé – prise en compte de la douleur et mise en place des moyens pour y pallier – prise en compte de l'intégralité de la situation du patient et de son environnement – prise en compte de l'appartenance culturelle du patient – prise en compte des capacités du patient pour susciter sa participation aux soins – respect des techniques de manutention – transmissions ciblées écrites et orales après chaque soin. »¹

Par ailleurs, les exigences, les attentes de l'institution (formatrice), en terme de qualité semble-t-il, sont cristallisées en partie dans ces protocoles tout comme dans les sanctions/validations et jugements émis par les agents professionnels pris dans (et par) le champ. Caractéristiques du discours normatif, discipliné et disciplinant des professionnels dont dépendent les futurs agents hospitaliers, ces prescriptions pratiques définissent et produisent des critères de qualité rentable et rentabilisée par l'institution hospitalière. Cependant, il semblerait qu'un soin (voire

¹ On peut déjà noter qu'au regard de chacun de ces principes, une infinité de gestes et de techniques alors (dé)formé pourrait faire l'objet d'une analyse particulière. En effet, respecter « les bonnes pratiques en hygiène hospitalière » permettrait d'observer et de décrire précisément chacune d'elles : le lavage des mains, l'habillage stérile, le contrôle (automatisé) vis-à-vis de son propre corps dans le but d'éviter de toucher, de frôler « pour ne pas contaminer », ou encore la manipulation des différents matériaux visant à préparer, transporter puis administrer des traitements injectables, etc.

un professionnel) de qualité ne soit pas considéré de la même façon par les étudiants et par l'institution :

« Nous, on voit plutôt la bonne infirmière comme celle qui prend le temps avec le patient, qui arrive à s'accorder du temps avec le patient, dans la limite du possible, c'est l'infirmière qui va prendre en charge, qui va prendre en considération les attentes du patient, et qui va accepter de dire "bon là, le patient refuse une toilette, il est en fin de vie alors peut-être que c'est bien de ne pas lui faire la toilette là maintenant, peut-être que dans une heure il voudra la faire", ça pour moi, c'est une bonne infirmière. Par contre, la mauvaise infirmière c'est celle qui passe sa matinée en détente, qui dit à l'aide-soignante "ben écoute, là il y a deux toilettes à faire, vas-y, je te rejoins" et puis elle la rejoint jamais, elle est en détente en train de boire un café ou en train de discuter dans un coin, voilà ! [...] Ah ! pour l'institution, la mauvaise infirmière c'est l'infirmière dangereuse qui n'applique pas les protocoles, qui ne fait pas comme on lui a appris, voilà ; la bonne infirmière c'est celle qui applique les protocoles, qui respecte les règles professionnelles, c'est peut-être moins le relationnel que le côté technique qui est mis en avant, bien que ce soit mis en avant mais ce n'est pas la priorité. On nous parle plutôt d'efficacité, d'économie, de rapidité, de rentabilité. » (Jean)

A travers cet apprentissage unifié de manières de se tenir, de manières de faire, c'est aussi tout un système de pensée, de schèmes de perception, qui est transmis : « savoir – savoir-faire – savoir-être » sont les trois expressions qui parcourent et justifient tant le discours des formateurs que les objectifs que les étudiants doivent atteindre. On peut dans ce cas, parler de tentative de transmission d'un hexis infirmier idéaltypique, qui doit être appréhendé comme la manifestation visible d'un ethos caractérisant un habitus idéaltypique, et vers lesquels doivent tendre les futurs infirmier(e)s. Habitus idéaltypique aussi dans la mesure où il doit être une (re)production rentable pour le champ des pratiques : « Le dressage,

comme le montage d'une machine, est la recherche, l'acquisition d'un rendement »¹. C'est par le biais de cas concrets, dans un souci déclaré de qualité des soins attendus par le corps infirmier (qualité des soins dont l'explicitation n'est qu'une facette de l'adaptation à l'habitus requis, et qui sert également de fondement à la violence symbolique qui s'applique sur les habitus des étudiants), que tous les étudiants apprennent et intègrent les mêmes gestes, les mêmes techniques de soin selon des protocoles idéaltypiques. Cette homogénéisation des pratiques renforce ainsi un consensus des corps, visible donc, à la fois dans les techniques « nommées et normées »² que tout infirmier professionnel doit savoir réaliser mais aussi et surtout dans la manière « automatique », « par réflexe » (sans réflexion consciente) de les appliquer. Ce dernier point, tend à rappeler l'organisation du travail tayloriste-fordiste, pour ne pas dire stakhanoviste (autrement dit d'une part l'organisation scientifique du travail et d'autre part l'automatisation des chaînes), dans laquelle la maîtrise de gestes répétés mécaniquement tend à rendre les agents pratiquement interchangeables et remplaçables. Dans le même temps, on assiste à un mouvement de « désajustement/réajustement »³, autrement dit à une reconfiguration partielle de l'habitus, orchestrée (inconsciemment) par l'institution, par le biais du personnel, des règles, des pratiques et des discours, et soutenue par les règles de ce système huilé qu'incorpore l'habitus en (trans)formation soumis activement et inconsciemment aux injonctions du champ ; forme de dépossession de soi (sous le dehors de la participation active par des stages, des « travaux

pratiques » etc., donc de la maîtrise de soi), structurellement impliquée par la remise de soi aux mains de l'institution, qui passe aussi par le concours de l'étudiant, par l'incorporation progressive par celui des incitations et injonctions répétées de l'institution : « si le poste fait l'habitus (plus ou moins complètement), l'habitus qui est d'avance (plus ou moins complètement) fait au poste (du fait des mécanismes déterminant la vocation et la cooptation) et fait pour le poste, contribue à faire le poste »⁴.

L'école à l'hôpital : le réajustement constant de l'habitus

Une première description de la technique, telle qu'elle doit être apprise, au sein de l'école, puis réalisée par l'étudiant-futur-professionnel peut être comparée à celle qui alors appliquée lors des stages hospitaliers. Il est par ailleurs fréquent que lors des premiers stages, les infirmier(e)s du service permettent à l'étudiant (en terme de temps notamment) de réaliser le soin tel qu'il a été enseigné lors des TP ; néanmoins, et après vérification de la relative maîtrise technique, l'étudiant se voit souvent confier progressivement la responsabilité, entre autres, de plusieurs prises de sang (pour le secteur de l'infirmière qui l'encadre en général, à savoir alors entre 5 et 25 patients selon la taille du service en question), ce qui implique souvent une réduction du temps pratique et partant des « entorses » au protocole tel qu'il a été enseigné. Aussi, si nous devons reconsidérer, re-garder la réalisation d'un prélèvement sanguin au sein d'un service de soin, il semble que nous pourrions alors noter des « réajustements/désajustement » de cet hexis et par conséquent de l'habitus, liés notamment aux nouvelles conditions de production des pratiques dans l'espace hospitalier, celui-ci imposant de nouvelles

¹ Mauss Marcel, « Les techniques du corps », *art. cit.*, p. 374.

² Montlibert Christian de, *Introduction au raisonnement sociologique*, Strasbourg, PUS, 1995, p. 181.

³ Borja Simon, « Production de l'art, Mécanismes de consécration d'un « agent-artiste » : Jean-François Millet », Strasbourg, dans le cadre du séminaire de recherche *Les espaces de l'artiste et de l'architecte* – M. Guéron, 2005, p.7.

⁴ Bourdieu Pierre, « Mais qui a créé les créateurs », *Questions de sociologie, op. cit.*, p. 211.

contraintes matérielles, temporelles et humaines¹. (Voir tableau et planche n°2)

« On s'adapte souvent aux situations des locaux, il y a des fois où la paillasse, les carrelages sont partis, alors on prépare la perf sur un chariot plutôt que sur la paillasse parce que la paillasse est cra-cra un peu ! Après il y a la contrainte matérielle, c'est-à-dire qu'il y a des protocoles qui nous disent d'utiliser tel matériel qu'on ne trouve pas forcément en stage ; il y a la contrainte du temps, ça c'est sûr : c'est sûr qu'un infirmier qui a un secteur de 12 ou 13 patients avec 13 perf, il n'a pas le temps d'appliquer à la lettre près le protocole, matériellement c'est pas possible, parce que derrière il y a tous les autres gens qui suivent et il n'arrivera jamais à boucler sa journée. Il faut essayer de l'appliquer au mieux, au plus près, mais pile poil c'est vraiment pas possible pour tout. » (Jean)

Les décalages, l'hystérésis que l'on peut ainsi observer (et déjà analysés plus haut, cf. *supra*) sont déjà des enjeux de positionnement que les étudiants rencontrent en stage, au cours de leur formation. Il est en effet dans leur intérêt premier d'obtenir une bonne note (au rapport de stage mais surtout aux MSP), donc de satisfaire le formateur – « le côté institutionnel » – avant tout, tout en s'adaptant aux contraintes du service :

« [...] et puis les MSP, le grand théâtre ! [il rit] Le théâtre, voilà, on n'est pas naturel du tout, on théâtralise, on exagère. – *Vous exagérez quoi, dans quel sens ?* – Ben voilà, préparation de perfusion, euh, on va dire que j'attends une minute de

désinfection, nin nin, alors que dans la vie classique, t'as ta rangée de perf, t'en fais une, puis l'autre, puis l'autre, tu reviens, tu prépares, tu piques, voilà ; en MSP, c'est une perf, un patient, donc forcément c'est théâtre par rapport à tout : par rapport à la toilette, par rapport aux soins, moi je trouve que c'est théâtre [...] [on se situe] un peu des deux [côtés]. Institutionnel plus, plus, plus pour les protocoles et côté terrain en tenant compte de la réalité du service : c'est pas la peine d'inventer des choses qui ne sont pas dans le service et de parler de matériel qui n'existe pas dans le service ! si on nous dit de faire une prise de sang avec un Molinéa® [carré de protection] en dessous, et que le Molinéa® il a un coût de tant, il coûte cher, que le service n'a pas le budget suffisant pour acheter dix Molinéa® par jour pour mettre sous les bras des gens qui ont une prise de sang, ben voilà, on ne prend pas de Molinéa® pour faire la prise de sang, et on argumente, face au côté institutionnel. » (Jean)

C'est dans le monde réel qu'est l'hôpital, ou comme le présentent souvent étudiants et formateurs, dans « la vraie vie », que les étudiants peuvent concrètement constater les progrès qu'ils font au cours de leur formation : avec le soutien (imposé) fréquent des patients-cobayes, ils parviennent à parfaire leurs gestes, à maîtriser techniquement certains soins et, finalement, à réajuster progressivement cet hexis formel implicitement attendu par l'IFSI aux nécessités réelles de l'espace de soin dans lequel ils pénètrent. Il faut ajouter cependant que le corps morcelé, découvert lors des travaux pratiques [...] morcelant le corps et les soins au corps, se recompose sur/dans le champ des pratiques et des représentations investies dans les stages en impliquant un autre apprentissage : celui du corps humain. Mais la gestion de ce corps recomposé subit les défaillances propres à la vision et à la gestion d'une relation qui, en dehors du rapport technique, trouve un sens commun relationnel nourri de l'expérience des équipes avec lesquelles chacun travaille. Les gestes sont les mêmes, les protocoles (et les corps) restent les outils d'une

¹ « Il est clair [...] que les différentes dimensions de l'*habitus* peuvent ou ne peuvent pas s'actualiser dans le champ dans lequel opère l'agent, mieux les exigences d'un champ peuvent contraindre certaines spécificités de l'*habitus* ou les obliger à des écarts préjudiciables à l'équilibre mental et affectif de l'agent. [...] chaque groupe de dispositions est organisé en vue d'un "profit spécifique" susceptible de connaître des luttes de définition et de légitimité (les fameux problèmes de conscience susceptible de la cure d'âme) qui peuvent amener à des pratiques différentes de celles qui existaient antérieurement [...] » (Montlibert Christian de, « Espèces d'espaces », *art. cit.*).

pratique légitime, néanmoins, ce qui se construit entre l'étudiant et le patient instaure un nouveau rapport au corps, de la même manière que ce qui se structure entre l'étudiant et l'institution de soin (en terme de contraintes temporelles également) implique un nouveau rapport au soin. Expérience commune après tout : « une chose est de les visualiser et de les comprendre en pensée, une autre de les réaliser et, plus encore, de les enchaîner dans le feu de l'action »¹.

Un des indices que l'on peut observer à cet égard, non seulement au cours de la formation mais surtout au sein même de l'hôpital, quant à l'intérêt de perpétuer une pratique légitime(é) de la profession d'infirmière, se retrouve dans une « double représentation du modèle et du contre-modèle »², de la bonne et de la mauvaise façon de faire qui va permettre de juger non seulement de la qualité des soins mais aussi de la qualité de l'infirmier(e), en termes de double gratification/sanction de la part du patient et du personnel soignant. Toutefois, la rupture obligée entre corps-mannequin et corps-humain n'est pas assurée et rend par ailleurs objectivement visibles les résistances plus ou moins conscientes dont témoignent les pratiques de soin. En effet, « en dépit des ressemblances qui existent entre le travail sur l'homme et le travail sur l'objet inanimé, les caractères essentiels qui déterminent l'univers professionnel du personnel découlent des aspects spécifiques de l'homme considéré comme matériau sur lequel on agit »³. Aussi, tout comme est re/décomposé le corps du patient, on note un morcellement au niveau de l'évaluation des capacités de l'étudiant. L'objet de soin devient l'objet de l'évaluation : la ponction veineuse s'évalue en

termes de « capacités techniques » alors que l'attention portée au patient est considérée comme « capacités relationnelles ». Même si l'infirmier encadrant se doit de tenir compte de la « globalité du soin »⁴ (plutôt, semble-t-il, que de la globalité du corps humain, de cet « homme total »), il s'attardera davantage, au moins dans un premier temps, sur le soin technique, soit au pli du coude du patient, de la même manière que l'étudiant aura la possibilité d'élargir son champ de vision sur le corps d'autant mieux qu'il aura incorporé et « automatisé » ses gestes. Autrement dit, la recomposition du corps-objet de soin est homologique à l'intégration même de l'étudiant au corps infirmier : plus l'étudiant parviendra à réajuster, à homogénéiser, les acquis théoriques et techniques dans une pratique de soin « globalisante », plus le corps du patient tendra à s'« unifier ». Néanmoins, et on l'observe aussi dans les pratiques des infirmiers « avertis », l'apprentissage social de techniques normalisées et standardisées tend à faire des agents du soin des automates travaillant sur et avec des mannequins humanoïdes, des mannequins manipulant d'autres mannequins. Démis de ses fonctions sociales, la personne hospitalisée devient ce corps à soigner par des soignants à qui l'on demande de « laisser leur vie au vestiaire »⁵. C'est ainsi en quelque sorte que la désobjectivation objectivée du corps d'agents à soigner fait écho à une dépossession de soi par une technicisation du corps d'agents de soins qui s'en remettent, comme les premiers, aux logiques institutionnelles.

¹ Wacquant Loïc, *Corps et âmes, Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*, Marseille et Montréal, Agone, Comeau et Nadeau, 2000, p. 70.

² Thouvenin Pascale, « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *art. cit.*, p. 47.

³ Goffman Erving, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, *op. cit.*, p. 123.

⁴ En tant que le soin se doit d'être simultanément technique et relationnel.

⁵ Voici, parmi tant d'autres, une des formules d'imposition faite par les professionnels aux agents néophytes en vue de leur donner la solution à la nécessaire « distance professionnelle » à prendre par rapport aux patients.

D'autres torsions du corps pour conclure

Ce fragment d'analyse a tâché de rendre compte d'un des modes d'apprentissage et de (dé)formation particuliers en soins infirmiers qui instituent et naturalisent, dans la logique de l'institution formatrice, les pratiques et les représentations des contradictions dans l'esprit des infirmières. Du dressage des corps à sa fonction de porte d'entrée dans le champ médico-hospitalier, l'IFSI a pour première nécessité d'inscrire dans les structures physiques et mentales, du mannequin d'apprentissage au corps-objet de soin en passant par le corps infirmier, la position, les intérêts et les enjeux dont les futurs professionnels seront les (re)producteurs, garants ainsi de la perpétuation des pratiques et de la position de l'infirmière dans le champ médico-hospitalier. Reconfigurant donc, progressivement et partiellement, l'habitus des agents investis dans (et, par-là, investis par) le champ, les modalités pratiques de formation en soins infirmiers impliquent une homogénéisation de ces pratiques, permettant ainsi l'inscription durable d'une forme de contrôle et de domination par l'institution elle-même sur les agents infirmier s'y positionnant. Ces perceptions que doit intégrer l'apprenti infirmier sont autant de facettes, de fragments de visions (vision médicale partielle, vision idéale des formatrices, vision spontanée des intervenants extérieurs, vision pratique des infirmières en service), qui sont autant de « bouts de corps »¹, mieux encore, « bouts de savoir sur le corps » qui sont convoqués de manières éparses selon les besoins et les pratiques et que l'étudiant-infirmier, puis l'infirmière, ont pour tâche d'unifier comme ils peuvent.

Aussi, l'IFSI et le milieu hospitalier sont deux réalités de la formation infir-

mière où non seulement sont enseignées la théorie, les gestes, les techniques de soins mais où les enjeux de lutte et de domination, l'invitation au silence et à la soumission sont une violence implicite et apprise par corps par les étudiant(e)s, futur(e)s diplômé(e)s : « Ce qui est appris par corps n'est pas quelque chose que l'on a, comme un savoir que l'on peut tenir devant soi, mais quelque chose que l'on est »². Ce que l'on apprend et apprend à être, c'est autant la pratique technique et spécifique d'infirmière que ce qu'elle masque : une logique de positionnement d'une pratique soumise aux vents des injonctions qu'elle est déterminée à appliquer en quelque lieu et sur quelque lieu comme corps : « Au cours de ces dernières années, le credo de la nouvelle gestion publique "faire plus avec moins" s'est imposé dans tous les milieux de la santé et du soin. Parallèlement à ce message – comme s'il fallait le rendre plus acceptable – on a multiplié les discours sur la qualité et l'éthique. [...] Faute de pouvoir donner leur avis sur la question, [les infirmières] n'ont d'autre choix que de trouver des solutions pour concilier les trois messages implicitement compris dans l'injonction : "Acceptez une diminution des moyens", "Tenez-vous-en aux critères de rentabilité exigés" et "produisez une qualité supérieure de travail et de soins". C'est ainsi que malgré elles, elles sont progressivement contraintes à revoir la conception et les contenus de leur rôle professionnel pour désormais les penser en termes de "nombre de minutes à ne pas dépasser", de "production de prestations qui soient si possibles facturables" et de "qualité de soins correspondant aux normes en vigueur" »³. Si, dans ce contexte, avec tout ce que nous avons analysé plus haut, le corps du « malade est devenu une figure

¹ Christen Guillaume, « La naturalisation de l'espace rural. Le cas de l'agriculture biologique », Séminaire CRESS – Atelier de formation doctorale et pré-doctorale, UMB, Strasbourg, Avril 2006.

² Bourdieu Pierre, *Le sens pratique*, Paris, Minuit, (coll. Le sens commun), 1980, p. 123.

³ Dufrey Anne-Françoise, « Qualité, que ne dis-tu pas ton nom ! », Perrot Marie-Dominique et alii. (dir.), *Ordre et désordre de l'esprit gestionnaire...*, op. cit., p. 225.

gênante »¹, on saisit pourquoi l'univers des soins exige de faire (métaphorique-ment) disparaître un personnel dont il a besoin et de produire des personne(l)s qui sont d'un côté des marionnettes dont l'habitus peut être manié et remanié par et dans les contraintes propres au champ médico-hospitalier et d'un autre côté surtout, des automates dont le silence renvoie à la figure même des instruments d'apprentissage sur lesquels elles s'emploient parce que, devenant elles-mêmes instruments de soins, les infirmières ne peuvent que se mouvoir dans un espace de pratiques vide de relations humaines parce qu'empli des techniques et d'une position indéfinie (dans tous les sens du terme, c'est-à-dire aussi infinie et infiniment réactualisée) qui définissent sa fonction.

A titre de réflexions ultimes² on voudrait signaler que la figure, hautement heuristique de notre point de vue, du mannequin – en tant qu'elle semble éminemment structurant des rapports au soin au sens large – est susceptible de s'appliquer de manière fertile à une réflexion sur le thème de la douleur. Cette dimension capitale dans les rapports de soin est, on le sait, généralement, en France au moins, minimisée, voire déniée par le corps médical qui la traite encore trop souvent comme un épiphénomène, certes, irritant mais somme toute négligeable³. Si l'histoire sociale de cette attitude – qui doit certainement beaucoup à la survivance insistante de mythologies suspectes faisant de la douleur le moyen tonique d'une salutaire rédemption – est à (re)faire, nous croyons être fondés à affirmer que, à l'époque actuelle, cette figure du mannequin l'illustre et l'explique remarquablement. En effet, les patients en

étant mécaniquement considérés, dès très tôt dans la formation des infirmiers on l'a vu, comme des mannequins, il n'y pas lieu de s'étonner que leur douleur ne soit pas, ou en tout cas pas assez, prise en compte puisqu'un mannequin, précisément, ça ne crie pas (en sorte que si d'aventure les cris sont tout de même entendus, ce n'est pas pour être reliés à la réalité d'une douleur mais pour être réduits à l'expression d'une mauvaise humeur capricieuse, inlassablement reprochée, qui, en stigmatisant, en générant de la honte chez le patient, vise justement à le faire taire). Mais la réflexion qui associe mannequin et douleur peut, *mutatis mutandis*, s'appliquer également au corps infirmier⁴ dans la mesure où, censé et sommé d'obéir à une exigence d'impassibilité, sinon totale du moins forte, tant vis-à-vis des patients que de l'institution, il se transforme lui aussi en mannequin, ou mieux, secrète une cohorte de mannequins, dont, les souffrances (liées aux éprouvantes conditions de travail), deviennent aussi inaudibles, c'est-à-dire aussi irrecevables et aussi méprisées, que celles du patient. On peut donc en déduire que la réduction au statut de mannequin, sûrement généralisable au reste de la société, présente, pour les rapports de domination invariablement à l'avantage des dominants de tous ordres, un intérêt fantastique en cela qu'elle neutralise l'expression et la recevabilité de toute contestation.

¹ Pierron Jean-Philippe, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences Sociales et santé*, vol. 25, n°2, juin 2007, p.43.

² Réflexions que nous devons ici largement à David Naegel.

³ Il suffit de regarder, par exemple, le nombre d'heures ridiculement faible (devenues) obligatoires sur « la douleur » dispensées en médecine.

⁴ Profitons-en, au passage, pour signaler qu'il y aurait aussi beaucoup à dire, sans doute, sur les représentations érotiques associées à cette profession, ce, en reprenant le terme de mannequin dans une acception un peu différente que celle dont nous discutons ici.

Tableau n°1 Nous considérons ici que l'agent étudiant-infirmier a déjà préparé tout le matériel nécessaire pour réaliser le prélèvement sanguin, qu'il a effectué un lavage simple¹ des mains et qu'il est, selon l'expression consacrée dans le champ, « au lit du malade »².

<i>Pratique enseignée³ – IFSI</i>	<i>Raisons pratiques³ des gestes effectués</i>
Avant de débiter, l'étudiant demande les nom, prénom et date de naissance au « patient » (ici virtuel), puis regarde les étiquettes sur lesquelles figurent des informations ⁴ .	Il s'agit ici de s'assurer que le soin (ou le traitement) prescrit, soit ici la prise de sang, est effectué auprès de la bonne personne ; les homonymes étant éventuels en milieu de soins, il est indispensable de se référer à la date de naissance. Il s'agit d'une vérification obligatoire, l'infirmière étant responsable en cas d'erreur.
En position verticale du côté du « bras-support d'apprentissage », l'étudiant ajuste la hauteur du lit (en respectant les techniques de manutention) ⁵ , puis soulève d'une main le « bras » de quelques centimètres, y fait glisser, de l'autre, une protection (face en coton au contact de la peau, l'autre en plastique imperméable, au contact des draps), puis y repose le membre.	L'ajustement du lit se fait en fonction de la taille de l'infirmier(e) afin de lui éviter toute position « vicieuse » engendrant, à long terme, des douleurs dorsales et cervicales notamment. D'autre part, la protection placée sous le bras du patient a pour but de protéger les draps du lit dans l'éventualité d'un saignement du point de ponction.
Après avoir saisi le garrot en caoutchouc préparé sur le chariot, il y enserme le bras du « patient » réalisant alors un nœud entre 5 et 10 cm au-dessus du pli du coude ; il touche ensuite pendant quelques secondes, du bout de l'index joint au majeur, le côté interne du poignet du « bras ».	Le nœud réalisé ici n'a d'autre signification qu'une nécessité physique et pratique dont le but est d'effectuer une (com)pression interne en amont du point de ponction et d'obtenir ainsi une dilatation des veines: les veines, si elles ne sont pas davantage visibles, sont ainsi au moins plus palpables au toucher. D'autres part, un garrot trop serré risquant d'interrompre la circulation sanguine, il est nécessaire de vérifier que le pouls est toujours perceptible au niveau du poignet du patient.
Censé avoir demandé à la personne de fermer et d'ouvrir successivement et plusieurs fois sa main (« faire le point »), il effectue de légères pressions de son index sur l'espace local du pli du coude ⁶ puis desserre le nœud du garrot sans pour autant le retirer.	L'action de fermeture et d'ouverture de la main permet également une dilatation des veines. L'étudiant infirmier palpe ensuite les veines et évalue ainsi, au toucher, la veine la plus à même d'être ponctionnée : il s'agit de « vérifier le diamètre, la tension et la direction de la veine » ⁷ . Enfin, un effet garrot prolongé (plus de 3 min) engendrant un engourdissement du membre (mauvaise circulation sanguine), il est nécessaire de le desserrer le temps de préparer le reste du matériel, tout en le laissant positionner afin de faciliter sa prochaine manipulation.
L'étudiant saisit alors une compresse (stérile), prend le flacon de désinfectant, imbibe la	Ce geste vise ainsi à désinfecter le site de ponction : le geste étant invasif, il est nécessaire d'éviter

¹ Ce type de lavage des mains comptant parmi les quatre spécifiques aux professionnels de santé : le lavage simple, le lavage désinfectant et le lavage chirurgical des mains, chacun étant préconisé en fonction de l'acte à réaliser, le quatrième étant la désinfection par friction, réalisé au moyen d'un gel hydroalcoolique, alternative aux trois lavage précités.

² Lors des travaux pratiques, notons que le « patient » est réduit à un membre supérieur en plastique plus ou moins rigide dont le site de ponction est constitué d'une sorte de gomme devant s'apparenter à la composition de la peau humaine et censée rendre plus « réelles » les perceptions sensibles au toucher et lors de l'introduction de l'aiguille. D'autre part, la « veine » à ponctionner est en fait une tubulure connectée à une perfusion de sirop de grenadine, permettant ainsi de noter concrètement, si les tubes de prélèvement se remplissent (ou non) de sirop, la réussite (ou non) et donc l'efficacité du geste.

³ L'observation qui a permis de rendre compte de ces éléments descriptifs a eu lieu lors de ma propre formation (à l'IFSI que nous avons nommé Drummer-Hinger), au cours de laquelle j'ai commencé à recueillir et transcrire des éléments empiriques en vue de travaux ultérieurs que je projetais en sociologie. Voir Planche n°1 : « Pratique enseignée ».

⁴ Il s'agit là d'un temps où la tentative de contextualisation permet au groupe d'étudiants assistant de blaguer et de détourner, voire de déjouer le rôle qu'ils sont censés incarner, celui de (futur) professionnel.

⁵ Il est toutefois plus fréquent, en TP, que l'étudiante s'assoit au lit du « patient ».

⁶ Espace anatomique où sont réalisées la plupart des ponctions veineuses.

⁷ Nous nous basons ici sur les fascicules de « procédures de soins » (rédigés par l'équipe pédagogique de l'IFSI utilisés lors des TP (4 au total s'échelonnant sur les 3 années de formation et abordant progressivement, en fonction des possibilités d'action et des connaissances des étudiants, les différents gestes techniques qu'ils devront maîtriser pour être diplômés) de la période de formation de 2002-2005 au sein de l'IFSI de Drummer-Hinger.

compresse de produit, repose la bouteille sur le chariot, puis la met en contact avec la « peau », appliquant ainsi le produit sur le site prédéterminé, en faisant effectuer cette compresse un mouvement en forme de spirale.	au maximum l'introduction dans l'organisme de germes (présents sur la peau) lors de l'introduction de l'aiguille (ce qui implique une deuxième désinfection si le site devait être touché une deuxième fois) : le mouvement rotatif a pour but de désinfecter le site en allant du « plus propre » (point précis de ponction) au « plus sale » (site étendu).
Face à son chariot de matériel, il manipule les tubes de prélèvements, relie le corps de l'aiguille au dispositif de prélèvement (la « tulipe ») puis le repose dans le plateau prévu à cet effet.	Il est question ici de positionner le matériel de sorte à ce que tout soit à portée de main lors de la réalisation du prélèvement : il faut ainsi positionner les tubes dans un plateau qui soit le plus propre possible, et adapter l'aiguille au dispositif.
L'étudiant, après s'être versé du gel sur les mains, effectue une dizaine de frictions puis enfle à chaque main un gant (non stérile, dit aussi « à usage unique » même s'ils ne servent jamais une deuxième fois) et renoue alors le garrot autour du bras.	Plusieurs manipulations ayant été effectuées, l'étudiant se désinfecte les mains par friction, au moyen d'un gel hydroalcoolique (selon une technique spécifique non décrite ici), puis enfle des gants afin de se protéger des risques de contamination liés aux sang. Il resserre enfin le garrot et peut réaliser la prise de sang.
Il reprend ensuite le corps de l'aiguille en main, déjà relié à la « tulipe » et en retire le capuchon protecteur. Il maintient celle-ci entre le pouce et l'index d'une main ; place alors le pouce de l'autre main à environ 3 cm en amont du point de ponction, sur le trajet de la veine, et tend la peau à l'aide des autres doigts positionnés à même distance en aval du point de ponction.	Ce n'est qu'au dernier moment que l'étudiant retire le capuchon de l'aiguille, celle-ci devant demeurer « stérile » jusqu'à pénétrer la veine. Le positionnement de ses doigts au niveau de la veine va lui permettre de la stabiliser et de rendre optimale l'introduction de l'aiguille ; il peut arriver qu'il faille légèrement bouger l'aiguille avant de transpercer efficacement la veine, aussi son maintien rend le geste plus assuré et moins douloureux pour le patient « potentiel ».
Se rapprochant du membre en question, il introduit ensuite l'aiguille dans le bras au niveau du site prédéterminé. Bougeant le moins possible la main tenant l'aiguille, il va, au moyen de sa main « libre » saisir le premier tube de prélèvement et d'une légère pression, le connecter au dispositif : le tube une fois suffisamment rempli (de liquide coloré lors des TP), il le retire et répète le geste avec les autres tubes.	L'introduction de l'aiguille a donc lieu. L'aiguille une fois positionnée dans la veine, l'étudiant doit éviter de la faire bouger au risque de la transpercer et provoquer le saignement interne et par là la production d'un hématome, rendant au final la ponction impossible. De l'autre main donc, il saisit successivement les tubes : il le connecte, permettant ainsi, par un effet de vide, l'écoulement du sang, attend leur remplissage (quelques secondes) le retire et agit de même pour les suivants.
L'étudiant prend alors dans sa main « libre » chaque tube rempli de « sang-sirop », et effectue un mouvement de rotation du poignet afin de mélanger le contenu.	Ce mouvement permet au sang de se mélanger aux liquides éventuellement présents dans les tubes (anticoagulant par exemple, ces additifs empêchent l'hémolyse qui rendrait les analyses en laboratoires irréalisables).
Le dernier tube finissant de se remplir, l'étudiant défait le nœud du garrot, retire le tube du dispositif et le pose dans le plateau. Effectuant de sa main « libre » une pression à l'aide d'une compresse stérile sèche posée sur le point de ponction, il retire enfin l'aiguille du bras.	Il s'agit donc de desserrer le garrot le plus tôt possible afin de rétablir la circulation sanguine. L'aiguille est toujours dans la veine : il est nécessaire d'effectuer une pression sur le site tout en la retirant afin d'éviter le saignement plus ou moins abondant qu'un retrait direct impliquerait.
Il jette cette dernière dans un petit container à aiguille posé sur son chariot, et continue à comprimer à l'aide de trois doigts : l'un placé sur le point de ponction, deux autres en amont et en aval.	Directement s'ensuit alors l'évacuation de l'aiguille afin d'éviter toute piqûre que des manipulations prolongées risqueraient. La compression de point de ponction a pour but d'accélérer l'arrêt du saignement et d'empêcher ainsi la formation d'un hématome.
¹ Dans la mesure où, dans une situation réelle de soin, le patient peut parfois continuer à comprimer, l'étudiant infirmier retire ses gants et place le pansement protecteur sur ledit point de ponction.	Le contact avec le sang étant moindre ici, l'étudiant peut retirer ses gants et appliquer le pansement sur le point de ponction, après s'être assuré que le saignement ne se prolonge pas.
¹ Ayant évacué les déchets dans les sachets prévus à cet effet, il rebaisse le lit, replace la sonnette d'alarme près (voire dans) la main du « bras-patient » puis, avant de quitter la chambre, colle enfin les étiquettes sur chaque tube.	Le lit est remis à hauteur minimale du sol pour faciliter le lever du patient et éviter qu'une chute éventuelle du patient ne soit aggravée en raison de la hauteur de la chute. La sonnette d'alarme est ce que le patient doit toujours avoir à proximité, sa sécurité en dépendant. Enfin, il s'agit d'identifier les tubes de sang (identité du patient et analyse visée) et éviter ainsi toute perte ou interversion entre tubes non identifiés.

¹ Ces deux dernières étapes ne sont jamais pratiquées autrement que verbalement lors des TP, démontrant que tout ce qui s'éloigne de la technique (se rapportant davantage à la (re)prise en compte du patient en situation de soin) n'a finalement que très peu d'intérêt au cours de l'apprentissage.

Tableau n°2 : Les soins se réalisant en général en « série », l’infirmière ici a préparé son chariot au préalable en y disposant tous les plateaux, chacun étant réservé à un patient. Avant d’entrer dans la chambre, elle a imbibé un des tampons de solution désinfectante et a effectué un lavage des mains au moyen du gel hydroalcoolique. Elle toque alors à la porte puis entre (sans forcément qu’une réponse ne lui soit auparavant donnée de l’intérieur).

<i>Pratique appliquée¹ – service hospitalier</i>	<i>Raisons pratiques² des distinctions</i>
L’infirmière pose le plateau qu’elle tient de sa main sur une petite tablette à roulettes (souvent la tablette réservée au patient – repas pris couché) qu’elle approche ensuite du lit. Elle saisit la télécommande du lit pour l’élever à sa hauteur.	On remarque ici, au regard de la pratique enseignée, que celle qui alors est appliquée diffère en plusieurs points : une partie des préparatifs est effectuée en dehors de la chambre pour n’y emmener que le strict nécessaire, ce en raison, en partie, d’une désinfection obligatoire de tout ce qui pénètre dans la chambre du malade dans le but d’éviter le transport manuporté de germes d’une chambre à l’autre.
Elle remonte ensuite la manche de « chemise d’hôpital » du patient et jette un coup d’œil sur le pli du coude.	La vérification d’identité n’a pas eu lieu, comme si le fait de « connaître le patient » étant une garantie : « ça va, une fois qu’on a vérifié la première fois, on ne le fait plus ensuite, on les connaît. »
Elle saisit alors le garrot entreposé dans le plateau, soulève le bras du patient, fait passer le garrot en dessous puis réalise un nœud ³ au-dessus du pli du coude. L’infirmière touche le site de ponction avec son index.	Les lits étant en majorité électriques, les infirmières hésitent moins à rehausser les lits (les manipulations antérieures prenaient un peu plus de temps et demandaient un effort physique mécanique, l’infirmière devant le faire en appuyant sur une pédale et supporter d’une certaine façon le poids du lit)
Elle saisit alors le tampon imbibé dans son plateau qu’elle met en contact avec la peau du patient en réalisant deux mouvements successifs allant du haut du point de ponction vers le bas, ceci sur 2 cm environ puis repose le tampon dans son plateau.	Les gestes par ailleurs semblent être réduits à l’essentiel (ou au minimum). En effet, le garrot est posé une seule fois, la présence d’un pouls est rarement vérifiée, le dispositif de prélèvement est préparé en un temps pour réaliser tout de suite après la ponction veineuse.
(Certaines se frictionnent ici les mains avec du gel hydroalcoolique). Se positionnant face à son plateau, elle saisit alors le corps de l’aiguille, le relie à la « tulipe » puis de l’autre main, retire le capuchon protecteur de l’aiguille. Maintenant le corps de l’aiguille entre l’index et le pouce d’une main, elle prend le premier tube de sa main « libre » et l’introduit dans le dispositif sans le connecter.	L’infirmière ne se relave pas les mains, malgré plusieurs manipulations de matériel, et n’enfile pas de gants : l’explication donnée par beaucoup d’infirmières est que le port de gants semble d’une part gêner la perception tactile de la veine, que la manipulation du matériel est plus simple sans gants et enfin, que « les gants coûtent cher, donc autant économiser quand on sait qu’il n’y a pas de risque particulier... et puis ça va, les prises de sang, je sais faire ».
Approchant le haut de son corps du bras du patient, elle introduit l’aiguille dans le bras, au point prédéterminé.	Se laver les mains avant d’effectuer le prélèvement n’est pas toujours réalisé : il se fait très souvent en fonction du temps dont dispose l’infirmière au regard du nombre de patient qu’elle doit voir, de la présence ou non d’hydrogel dans la chambre : sinon elle « ne touche plus le point de ponction après l’avoir désinfecté, c’est le minimum », alors qu’il est au contraire très fréquent qu’elle repère « une dernière fois » la veine sans (re)décontaminer le site avant d’introduire l’aiguille.
Elle connecte ensuite le tube déjà pré-positionné dans le dispositif. Le tube une fois rempli de sang, elle le retire du dispositif, en saisit un autre qu’elle introduit à nouveau : il se remplit, puis fait de même avec les autres.	Le reste des gestes effectués et leurs raisons pratiques s’expliquent dans la plupart des cas comme ils l’ont été dans le tableau n°1. Le protocole et les règles d’hygiène font alors office de « justification » légitime. Le reste dépend a priori du temps imparti, donc de l’organisation du travail, de la maîtrise de la technique et de la « dextérité » de l’infirmière : « Je ne peux plus faire comme à l’école, on finirait à 10h ! »
Au fur et à mesure que les tubes se remplissent, de sa main gauche, elle prend successivement les tubes déjà pleins et d’un mouvement de rotation-balancement du poignet, en mélange le contenu.	
Elle retire le dernier tube du dispositif, en mélange également le contenu, puis le repose dans le plateau.	
Elle saisit alors un autre coton, le pose au-dessus de l’aiguille. Elle retire alors cette dernière puis jette tout le dispositif dans un container, tout en maintenant le coton de sa main sur le site de ponction.	
Elle défait le nœud du garrot. La circulation sanguine est entièrement rétablie.	
Elle décolle un bout de sparadrap du plateau qu’elle avait préparé au préalable et le colle au-dessus du coton.	
Elle colle alors des étiquettes sur les tubes, les repose dans le plateau, saisit la télécommande, et fait redescendre le lit à hauteur de ses genoux.	

¹ Voir Planche n°2 : « Pratique appliquée ».

² Ces *raisons* sont, en partie, celles qui m’ont été données lors d’entretiens informels avec des infirmier(e)s et qui n’ont pas fait l’objet d’enregistrement mais qui ont cependant été notées par la suite.

³ Il s’agit ici du type de garrot qui est majoritairement employé dans les services.

Planche n° 1 – Pratique enseignée (se rapportant au tableau n°1)

Prise de sang n° 1

1. Chariot de matériel – salle de travaux pratiques



2. Bras en plastique – support d'apprentissage du geste



3. Lavage des mains – gel hydroalcoolique



4. Mise en place du garrot



5. Préparation du matériel nécessaire au prélèvement



6. Plateau et matériel prêt à être utilisé



7. Préparation des compresses imbibées de solution désinfectante



8. Lavage des mains avant la mise de gants de protection



9. L'étudiante enfle des gants¹



10. Désinfection du site de ponction



11. Site de ponction – « pli du coude »



12. L'étudiante vérifie la présence d'un pouls²



¹ L'absence de gants à usage unique dans le matériel prévu pour la séance a contraint les étudiantes à utiliser des gants stériles.

² L'étudiante a remarqué (et a précisé verbalement) qu'elle aurait « dû le faire tout de suite après avoir posé le garrot. »

13. L'étudiant s'est muni u dispositif de prélèvement et jette le capuchon de l'aiguille



14. Introduction de l'aiguille dans la veine



15. Connexion du tube au dispositif de prélèvement



16. Le tube se remplit



17. L'étudiante s'apprête à retirer l'aiguille



18. Mélange du contenu du tube



19. L'étudiante a jeté l'aiguille dans le container tout exerçant une pression sur le point de ponction à l'aide d'une compresse propre



20. L'étudiante retire enfin le garrot.



Dans la mesure où l'usage de ruban adhésif détériorerait le matériel, la pose du pansement n'est donc pas effectuée.

Planche n°2 – Pratique appliquée (se rapportant au tableau n°2)

Prise de sang n°2

1. Chariot de matériel – salle de prélèvement « ambulatoire »



2. Vérification de la prescription médicale – sélection des tubes appropriés aux analyses demandées



3. Le garrot a été mis en place



4. L'infirmière « cherche » la veine à ponctionner



5. Elle désinfecte le point de ponction



6. Elle s'apprête à introduire l'aiguille...



7. ... elle repère à nouveau la veine avant de « piquer »



8. Elle introduit ensuite l'aiguille sans avoir au préalable (re)désinfecté le point de ponction



9. Les tubes se remplissent



11. Le garrot alors retiré, la personne maintient une pression à l'aide du coton



12. L'infirmière mélange le contenu des tubes et colle les étiquettes d'identification de la personne.



13. Elle applique enfin un pansement protecteur.

