

THESIS / THÈSE

DOCTEUR EN SCIENCES POLITIQUES ET SOCIALES

Description et analyse des processus de socialisation corporelle en contexte de formation professionnelle: le cas de la formation en soins infirmiers

Piret, Anne

Award date:
2004

Awarding institution:
Universite de Namur

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**Description et analyse des processus de
socialisation corporelle en contexte de
formation professionnelle :
Le cas de la formation en Soins infirmiers**

Anne Piret

**Description et analyse des processus de socialisation corporelle
en contexte de formation professionnelle :
Le cas de la formation en Soins infirmiers**

Anne Piret

Thèse présentée pour l'obtention du titre de Docteur en Sociologie

Promoteur : Professeur Natalie Rigaux

Comité d'accompagnement : Professeur Elisabeth Darras
Professeur Jean Nizet

Participent également au jury :

Professeur Michel Legrand (président)

Professeur Clémence Dallaire

Professeur Eliane Bautzer

Professeur Madeleine Moulin

Faculté des Sciences économiques, sociales et de gestion
Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix

Année académique 2003-2004

" Est-ce que je supporte, le premier matin de mes stages, leur CORPS, tout mal fichu, tout cassé ? leur couleur : jaune, rouge, bleuté, ivoire ? Est-ce que je supporte leur regard désespéré, éteint, leurs yeux clos ? leurs yeux vides ? morts ? leur regard concupiscent ? Est-ce que je supporte, le premier matin de mes stages, leurs BRUITS : leur toux, leurs crachats, leurs raclements de gorges, leurs pets, leurs rôts, leurs gaz, le cliquetis des appareils qui matérialisent leur rythme cardiaque, leur respiration, leurs pauses respiratoires ? Est-ce que je supporte leurs MOTS, leurs PLAINTES, leurs INJURES ? Est-ce que je supporte, le premier matin de mes stages, leurs ODEURS ? odeurs de transpiration, d'urines, de selles, de pus, de gâteau sec humide, de "vieux ", de "pourri " ? Est-ce que je supporte, le premier matin de mes stages, le contact de leur corps sale, humide, froid, trop chaud, transpirant, est-ce que je supporte leurs bavements, leurs vomissements, leurs urines, leurs matières, leurs saignements, leur pus ? Est-ce que je supporte qu'ils m'agrippent, qu'ils me griffent, qu'ils me mordent, qu'ils me "pincent les fesses " ... ces "vieux dégoûtants " ?"

(LANRIEC, 1993)

Remerciements

Au moment d'écrire ces lignes, je réalise que la logique académique m'étonne encore. En effet, mon seul nom comme auteur rend bien mal compte de la réalisation de ce travail. Cette thèse doit être comprise comme le produit de rencontres, de dialogues, d'échanges, de partages avec beaucoup de personnes qui l'ont marquée chacune de leur empreinte. Je voudrais ici rendre hommage à toutes ces personnes.

Ma gratitude va en premier lieu à Natalie Rigaux, mon patron et plus encore. Avec une compétence sans défaut et une patience infinie, elle a guidé mon travail, m'encourageant à progresser et me ramenant dans le droit chemin toutes les fois où je m'écartais de la route. Je lui dois beaucoup.

Merci à Elisabeth Darras, qui a accompagné ce projet et partagé avec moi la richesse de son expérience et la maturité de sa réflexion. Chacune de nos rencontres a considérablement nourri mon travail.

Eliane Bautzer, dès les premiers contacts, s'est montrée accueillante et enthousiaste par rapport à cette recherche, m'offrant déjà en cours de route, d'en présenter les questions et conclusions provisoires, encore mal dégrossies, à ses étudiants et collègues. Clémence Dallaire fit de même, et ses commentaires pétris de clarté et de bon sens ont beaucoup contribué à préciser et affiner ma pensée. Tous ces échanges me furent précieux. Merci également à Madeleine Moulin, Jean Nizet et Michel Legrand qui ont accepté de donner leur avis critique d'expert sur ce travail.

Tout le contenu de cette thèse repose sur la contribution des multiples acteurs du champ de la formation et des soins infirmiers qui m'ont fait confiance et qui ont joué le jeu. Je me trouve ici face à un paradoxe : au plus leur engagement et leur sincérité à me confier leur point de vue, à me laisser les observer furent grands, au plus je leur dois l'anonymat et la confidentialité, et ceci me prive aujourd'hui de la possibilité de les remercier comme il le faudrait. De manière donc trop impersonnelle, je remercie très sincèrement la direction de la catégorie paramédicale de la Haute Ecole qui m'a accueillie sans condition, ainsi que tous les enseignants qui se sont prêtés en toute simplicité à la recherche. Merci à toutes les directions infirmières des hôpitaux et cliniques qui ont accepté que j'accompagne les étudiants en stage et que je puisse participer à la vie des services, merci à tous les soignants de ces services, merci à leurs patients. Merci à tous les étudiants de la classe, qui m'ont accueillie parmi eux, qui m'ont laissé partager tous les moments de leur première année de formation. En particulier merci à ceux qui, dans les pages qui suivent, s'appellent Jessica, Laura, Géraldine, Mélissa, Elise et Nicolas. Cette thèse est aussi un peu la leur.

Merci à tous ceux que j'ai croisés pendant la construction de cette thèse, qui en ont favorisé la réalisation, parfois à leur insu, depuis les brouillards des commencements jusqu'à la relecture des dernières coquilles. Merci à Catherine Van Nieuwenhoven, à Caroline Etienne, à Christine Lona, à Claude Florkin, à Philippe Parmentier, à Jean-Luc Guyot, à Elise Lamand pour la

transcription des cassettes, à Michel Pietquin pour l'impression, à Alain Quevrin pour la caméra, à André Delchambre, à Philippe Baugnier, à Yannick Dubois, à Geneviève Geron pour la relecture, à Yves Lenoir et l'équipe du CRIE.

Enfin, merci à ma famille qui a supporté sans broncher toutes les sautes d'humeur, toutes les absences, toutes les contraintes, qui m'a soutenue sans jamais rien demander en retour. J'espère pouvoir vous rendre un jour ce que vous m'avez donné.

1 Introduction

1.1 Pourquoi s'intéresser à la socialisation corporelle ?

Faut-il le dire, il n'y a pas d'existence humaine sans *corps*. Notre présence au monde se réalise par le corps, support et opérateur de nos activités, des plus quotidiennes aux plus extraordinaires. L'existence humaine est d'abord corporelle.

Cet "être au monde" corporel est marqué par le contexte social autant qu'il est vécu subjectivement par chacun.

On s'accorde ainsi en sociologie pour considérer que le patrimoine d'un groupe consiste aussi (voire d'abord) en un patrimoine de savoir-faire et techniques (les métiers, les arts, les sports, mais aussi les façons de marcher, de manger, de dormir, etc.) et de "savoir-être" corporels (les codes de convenances corporelles, vestimentaires, les gestes et postures, l'expression des émotions, les perceptions sensorielles, etc.). L'intégration *du* groupe et *au* groupe passe donc par l'intériorisation des manières d'être et de faire corporels de ce groupe¹ (Mauss, 1950, Efron, 1972, Bourdieu, 1979, Picard, 1983, Lebreton, 1988, 1991, 1994, 1998, etc.).

Si ces contenus et produits de la socialisation sont largement admis et décrits dans le champ de la sociologie, on trouve cependant peu d'investigations systématiques *sur la manière dont ils s'incorporent*. *Les processus microsociologiques de transmission et d'appropriation* de ce patrimoine restent à notre connaissance fort peu analysés. On trouve ça et là dans la littérature quelques paragraphes relatifs à l'importance de mécanismes tels *l'imitation* ou *l'identification* (Bourdieu, 1997, Lebreton, 1994², Dubar, 1991, Kaufmann, 1992, 1997, etc.), mais les acquis paraissent assez chiches au regard de la richesse et de la complexité des processus dont on a l'intuition : par quelle alchimie du social le corps est-il modelé dans ses sensations et ses mouvements les plus élémentaires, pour une part à l'insu de tous, mais de façon si systématique, si profonde et si durable que nos façons d'être nous en apparaissent naturelles et même universelles ?

Certes, certains savoir-faire, certaines *techniques corporelles*, selon la formule consacrée de Mauss³, font l'objet d'une transmission intentionnelle et parfois formalisée. On n'en connaît pourtant guère de "didactique explicitée". De plus, ces techniques corporelles ne constituent que la partie émergée de l'iceberg. La plupart des incorporations (la modulation des gestes et des postures de la vie quotidienne, le contact à soi et à l'autre, l'expression des émotions, le

¹ Le terme "groupe" est ici pris au sens large, certaines techniques et/ou conduites étant partagées par l'ensemble des membres d'une société donnée, d'autres étant, comme nous le développerons dans ce travail, inégalement distribuées dans l'espace social, ou spécifiques à des groupes plus restreints selon le sexe, l'âge, la classe sociale, la religion, la profession, etc.

² Un exemple : *"L'apprentissage de l'étiquette corporelle, dans son étendue et ses variations, est peu le fait d'une éducation formelle comme les techniques du corps. Le mimétisme de l'acteur et les identifications qu'il soutient envers son entourage immédiat jouent ici un rôle important. La dimension corporelle de l'interaction est imprégnée d'une symbolique propre à chaque groupe social, elle relève plutôt d'une éducation informelle, impalpable dont on peut surtout mesurer l'efficacité"* (Lebreton, 1994 : 61).

³ Techniques du corps : *"gestuelles codifiées en vue d'une efficacité pratique ou symbolique ; modalités d'actions, séquences de gestes, de synchronies musculaires qui se succèdent dans la poursuite d'une finalité précise"* (Mauss, 1934).

développement des sens), c'est-à-dire les habitudes et normes corporelles qui permettent et régulent les activités et les interactions sociales, sont efficacement transmises et intériorisées sans qu'en apparence, rien ne soit explicitement mis en œuvre à cette fin.

" *Montrer la socialisation corporelle en train de se faire*", dans et par les interactions des acteurs sociaux, voilà donc le chantier dans lequel nous voulions travailler.

Il n'est bien entendu pas possible d'embrasser en une seule recherche l'ambition de tout dire, de tout comprendre sur tous les aspects de la socialisation corporelle. Nous avons choisi d'apporter notre contribution à la problématique en analysant aussi précisément et systématiquement possible un contexte particulier de socialisation corporelle, le contexte de la formation en Soins infirmiers.

1.2 Le choix de la formation en Soins infirmiers

Pour donner un sens aux questions que nous nous posons et déployer une démarche de recherche opérationnalisée, il fallait nous mettre en cheville avec un "lieu" riche du point de vue de la socialisation corporelle.

Telle qu'elle est organisée dans notre pays actuellement (voir en annexe I), la formation en Soins infirmiers présente plusieurs caractéristiques qui la rendent particulièrement adaptée à l'étude de tels processus.

Notons tout d'abord que la formation en Soins infirmiers n'est pas une formation qui a pour cible *explicite* la transformation du corps (comme un entraînement sportif, par exemple). Ceci nous permet de mettre en évidence des processus d'incorporation présents même dans des formations qui ne poursuivent pas directement cet objectif.

Toutefois, dans les Soins infirmiers, le corps est présent sous des formes multiples. Peu de métiers offrent autant de voies d'entrée : la profession infirmière mobilise le corps des soignants mais aussi le corps des soignés, dans des situations multiples. Prise de paramètres, réfection des lits, pansements, toilettes, injections, mobilisation des patients, etc., la liste est presque infinie. L'activité infirmière met les corps en mouvement et en interaction. L'apprentissage de chacun de ces nombreux savoir-faire offre une occasion d'observer des processus de socialisation corporelle.

La formation en Soins infirmiers se déroule en alternance entre école et milieux professionnels (hôpitaux, maison de repos, crèche, etc.). Cette formation intègre également différents intervenants (infirmiers-enseignants, médecins, infirmiers hospitaliers, patients, paramédicaux, etc.). Cette multiplicité de contextes permet donc des situations d'observation très variées.

La richesse de ce champ nous permet de déployer une problématique dense et complexe, avec des questions et des réponses nuancées.

Mais ce partenariat avec les Soins infirmiers ne doit pas être compris comme le simple choix d'un terrain d'application, dont nous aurions négocié uniquement l'accès aux données.

Choisir d'analyser la socialisation corporelle *en Soins infirmiers*, c'est intégrer pleinement à notre réflexion le monde infirmier dans son ensemble. Au-delà de l'analyse des processus de socialisation corporelle du personnel soignant, c'est aussi la conception du *patient* et de son *corps* dans la pratique soignante qui est interrogée : Qui ou que soigne l'infirmier, et comment ? Quel modèle du corps humain, sain ou malade, guide la pratique infirmière et son rapport au patient ? Poser la question du corps, c'est aussi poser la question du *soin* et de la spécificité de l'approche infirmière par rapport aux autres soignants, médecins au premier chef, mais aussi aides-soignants et aidants naturels. Poser la question de la socialisation, c'est poser la question de *l'identité* infirmière, des orientations professionnelles que les infirmiers porteront pour l'avenir des politiques de soins de santé, des conséquences de ces *choix collectifs* dans les *logiques de formation* des jeunes recrues et du rôle de chaque professionnel, enseignant comme personnel hospitalier, dans cette formation.

Notre travail s'efforce donc de tenir compte des valeurs et de la culture du métier infirmier, de sa dynamique, en particulier le mouvement de professionnalisation, avec tous les enjeux, les tensions et les incertitudes du moment. Il s'efforce aussi de construire la problématique dans des termes qui font sens tant pour les infirmiers que pour les sociologues. Nous prenons donc ici le double pari de développer dans les pages qui suivent des analyses qui stimuleront et enrichiront autant la réflexion théorique que la pratique, et ce tant du côté des sociologues que des soignants.

1.3 Un aperçu du contenu

La structure de rédaction de ce travail suit un schéma classique.

Une première partie présente les repères théoriques de la recherche. Ils s'articulent en trois axes, qui font référence aux deux concepts-clefs annoncés dans le titre : le *corps* (2.1) et la *socialisation secondaire* (2.2 et 2.3). Ce dernier concept de *socialisation secondaire* sera donc abordé selon deux angles complémentaires. Le premier axe, d'inspiration plus pédagogique présentera la socialisation secondaire comme développement de compétences; le second axe, montrera les liens étroits entre la socialisation secondaire et la dynamique de professionnalisation des Soins infirmiers.

La seconde partie est constituée d'une courte notice méthodologique précisant la démarche de recherche suivie.

Puis viennent les analyses proprement dites des processus de socialisation en Soins infirmiers. Cette troisième partie est elle-même subdivisée en plusieurs volets, qui correspondent aux lieux et contextes principaux de formation. Les premiers volets (4.1; 4.2; 4.3; 4.4) rendent compte des différentes modalités de formation au sein de l'établissement scolaire, le volet suivant (4.5) présente les processus se déroulant dans les institutions hospitalières dans le cadre des stages accomplis par les étudiants.

La quatrième et dernière partie synthétise les résultats de ces analyses dont les conclusions s'adressent aux sociologues, aux soignants et aux pédagogues.

2 La socialisation secondaire corporelle dans les Soins infirmiers : quelques repères théoriques

2.1 Une réflexion sur le *corps* et les soins

2.1.1 Quelles dimensions corporelles dans les Soins Infirmiers ?

Analyser les processus de socialisation corporelle dans la formation aux Soins infirmiers suppose de s'interroger sur ce que l'on entend par *corporel*, c'est à dire sur la place du corps dans la pratique des Soins Infirmiers et dans l'identité professionnelle infirmière.

Le premier jalon de notre travail consiste à discuter et à déterminer les catégories à l'aide desquelles nous allons décrire et analyser les aspects corporels de la formation.

La tradition sociologique distingue commodément le point de vue instrumental du point de vue expressif des activités corporelles. Le point de vue instrumental envisage l'activité corporelle en ce qu'elle opère une transformation matérielle de soi-même, d'autrui ou de l'environnement. Le point de vue expressif, ou symbolique, considère les activités corporelles en tant que vecteurs d'expression de valeurs, de significations, d'appartenances, d'émotions.

Il s'agit bien de points de vue sur le corps et sur l'activité corporelle et non de considérer des activités séparées, certaines étant instrumentales et d'autres expressives. En effet, nous pouvons admettre que certains comportements ou attributs corporels sont presque uniquement expressifs (le rire et les larmes, le port de bijoux, etc.) mais inversement, nous ne pouvons concevoir d'activité qui ne serait qu'instrumentale, privée de toute dimension expressive. Par définition, toute activité corporelle véhicule et exprime la conception du rapport à son propre corps, aux autres ou à l'environnement. L'activité instrumentale ne peut pas s'analyser sans faire référence au contexte culturel plus large dans lequel elle prend place, car les perceptions et les actions au travers desquelles nous interagissons physiquement avec notre environnement ne sont jamais isolées, totalement objectivées et objectivables. Paraphrasant l'Ecole de Palo Alto, disons que *"le corps ne peut pas ne pas communiquer"*. La distinction entre instrumental et expressif forme donc deux catégories non-symétriques : *"l'étude sociologique des techniques du corps est une voie fructueuse à condition de préciser, à moins de tomber dans le dualisme le plus élémentaire, que même quand le corps est outil, il n'en demeure pas moins le fait de l'homme et relève donc de la dimension symbolique. Le corps n'est jamais un simple objet technique (ni même l'objet technique). L'utilisation de certains segments corporels comme outils ne fait pas non plus de l'homme un instrument. Les gestes qu'il accomplit, même les plus élaborés techniquement, recèlent signification et valeur"* (Lebreton, 1994 : 52).

Dans le cadre de notre étude sur les processus de socialisation corporelle en Soins infirmiers, nous chercherons donc à envisager les incorporations sous ces deux angles, l'angle de l'instrumentalité et l'angle de l'expressivité. Ce double regard portera autant sur les actes techniques infirmiers (pansement, sondage, etc.) que sur les soins de base (toilette, etc.), ou toute autre activité du soignant, en particulier lorsqu'il est en interaction avec le patient (anamnèse infirmière, éducation du patient, etc.).

Comment l'angle instrumental et l'angle expressif sont-ils appréhendés dans notre recherche ?

La formation aux Soins infirmiers comporte des aspects de savoir-faire corporels évidents : une place importante est donnée à l'acquisition de techniques de soins qui font appel à des manipulations précises d'instruments de mesure et/ou de soins (pose de sondes, de canules, d'électrodes, pansements, injections, etc.), à des observations auditives, olfactives, visuelles, tactiles de symptômes (cf. l'analyse des besoins de Virginia Henderson, la surveillance cardio-respiratoire Voir-entendre-Sentir en secourisme, etc.). Quelles sont les compétences sensori-motrices enseignées et apprises au travers de la formation en Soins infirmiers ? L'angle instrumental de l'analyse de la formation en Soins infirmiers apparaît clairement.

Qu'en est-il de l'angle expressif ?

Tout d'abord, nous voulons observer la manière dont la profession transmet aux nouveaux soignants des codes de tenue et de présentation qui la mettent en scène : comment s'habille, se tient, se présente un "bon" infirmier ? Y a-t-il des marqueurs corporels explicites de la profession infirmière ? Il s'agit d'observer ici des conduites dont la vocation est plus nettement expressive ou symbolique.

Mais nous avons dit que la plupart des conduites corporelles nécessitent le double regard instrumental/expressif. Toutes les activités décryptées du point de vue instrumental doivent aussi faire l'objet d'une analyse complémentaire en termes d'expressivité. La *manière* de réaliser les soins, même les plus techniques, est à envisager du point de vue de ce qu'elle révèle de la culture infirmière.

Nous observerons comment les infirmiers, intentionnellement ou non, expriment leur identité et se distinguent d'autres groupes professionnels ou sociaux par *la manière* de réaliser des actes tels que se laver les mains, refaire un lit, faire un pansement ou mobiliser un patient. Cette manière de réaliser le soin, avec les principes et valeurs qui lui sont associés, en constitue la dimension expressive.

Nous voudrions encore approfondir ce point de vue expressif et introduire une dimension supplémentaire dans notre analyse.

Dans le métier infirmier, le corps est l'outil de travail par excellence du *soignant*. Lorsque l'infirmier refait un lit avant l'admission d'un malade, prépare une injection dans la salle de pansements ou se lave les mains, il accomplit corporellement des actes professionnels. Dans ces exemples que nous venons de citer, l'infirmier agit seul. Mais à la différence d'autres professions à caractère manuel, les infirmiers exercent le plus souvent leur savoir-faire dans le cadre d'une *relation* à autrui. Dans de nombreuses circonstances, l'infirmier est amené à travailler avec son corps sur le corps d'autrui. Le point d'application de l'outil que constitue le corps du *soignant* est souvent le corps du *soigné*. Chaque fois qu'un étudiant apprend à effectuer un soin à un patient, une dimension *interactionnelle* doit être ajoutée à l'analyse.

De ce point de vue, les Soins infirmiers présentent un intérêt sociologique tout particulier. En effet, si l'on considère, dans une perspective interactionniste, les codes de conduites qui régulent ordinairement les interactions corporelles, on observe que l'exercice des soins infirmiers nécessite souvent de déroger aux règles rituelles de la "gestion ordinaire des corps". Disons en bref (nous allons le détailler dans un instant) que le corps et les contacts corporels

sont en grande partie tabou dans notre culture; c'est ce que l'on appelle le contexte *d'effacement ritualisé du corps*. La relation patient/infirmier dans le cadre des soins rend caduque l'application automatique des routines corporelles qui actualisent le plus souvent le "nomos" de l'effacement ritualisé des corps. On peut penser à la fréquente levée du tabou du contact et de la nudité, la présence des bruits, odeurs et sécrétions corporels, l'incapacité de tenue, de déférence et/ou d'engagement de la part du patient, etc. L'efficacité instrumentale du soin est parfois difficilement compatible avec le respect strict des rituels d'interaction. La *manière de faire* les soins que les infirmiers emploient pour gérer la transgression des codes culturels habituels d'interaction constitue un aspect essentiel de la dimension expressive de l'exercice de la profession infirmière. Nous appellerons dimension interactionnelle ce sous-ensemble du point de vue expressif considéré.

Dans le contexte de formation, le niveau *instrumental*, qui est celui de l'apprentissage de techniques corporelles propres aux Soins infirmiers, est interdépendant du niveau *interactionnel*, c'est-à-dire de la capacité à exercer ces actes techniques en gérant la mesure dans laquelle ils transgressent des normes sociales d'interaction. Ce qui fonde l'importance des compétences interactionnelles des soignants ne relève donc pas uniquement d'une préoccupation éthique ou morale, mais aussi d'un enjeu fonctionnel : la possibilité de réaliser des soins au corps.

L'intériorisation de ces compétences interactionnelles constitue bien une socialisation *secondaire*, au sens où des apprentissages spécifiques aux Soins infirmiers se déroulent au moins en partie en *rupture* avec les codes culturels intériorisés jusque là.

Cette intrication entre l'acquisition d'habiletés sensori-motrices et de compétences interactionnelles dans un contexte où le corps est globalement tabou, pour être bien comprise quant à ses enjeux et sa portée en matière de formation, mérite d'être développée, ce qui nous conduit à un détour par une évocation synthétique de la conception la place du corps plus généralement dans nos sociétés, ce que nous avons appelé, reprenant les termes de Lebreton, "*l'effacement ritualisé du corps*".

2.1.2 Gros plan sur le code corporel d'interaction

Pour toute société, "*dans les relations sociales, certaines choses concernant le corps vont de soi : ce que l'on fait avec son corps et la façon de l'utiliser (Mauss, 1973), de l'habiller ; quelles parties on laisse voir, et ce que l'on fait pour en contrôler les fonctions. Il existe aussi certaines règles admises par tous sur où et quand il est socialement acceptable de toucher quelqu'un*" (Lawler, 2002 : 119).

Quelles sont ces représentations à propos du corps qui vont de soi pour notre société occidentale contemporaine ? Quelles sont ces règles admises du rapport à notre propre corps et au corps d'autrui ? C'est à ces questions que les paragraphes qui suivent proposent une réponse.

A. Genèse du corps

Nous parlons du *corps* comme d'une évidence. Pourtant, il faut avoir à l'esprit que cette catégorie de pensée n'a pas toujours existé et n'existe pas partout avec le contenu que nous lui donnons de nos jours. Le *corps* a pour berceau un développement socio-historique particulier. Cette progressive "naissance du corps" est analysée par Lebreton dans plusieurs de ses

publications (1988, 1994) : *"La vision moderne du corps dans les sociétés occidentales (...) repose sur une conception particulière de la personne. Il faut l'ébranlement des valeurs médiévales, les premières dissections anatomiques qui distinguent l'homme de son corps, ce dernier faisant l'objet d'une investigation qui met la chair à nu dans l'indifférence de l'homme dont elle façonnait le visage. Il faut aussi la rencontre avec la philosophie mécaniste qui trouve en Descartes son plus fin porte-parole, établissant le corps comme une autre forme de la mécanique. Il faut la sensibilité individualiste naissante pour que le corps soit envisagé isolément du monde qui l'accueillait et lui donnait sens et isolément de l'homme auquel il prêtait forme. La conception moderne du corps, celle qui sert de point de départ à la sociologie dans la plupart de ses investigations, est née au tournant des XVI^e et XVII^e siècles. Cette conception implique que l'homme soit coupé du cosmos⁴ (ce n'est plus le macrocosme qui explique la chair, mais une anatomie et une physiologie qui n'existe que dans le corps), coupé des autres⁵ (passage d'une société de type communautaire à une société de type individualiste où le corps est la frontière de la personne) et enfin, coupé de lui-même⁶ (son corps est posé comme différent de lui)"* (Lebreton, 1984 : 283). Le sursaut de reprise en compte du corps des années 60', le "corporéisme", comme l'appelle Maisonneuve (1976), plutôt que de reconstruire une perspective unifiée, n'a finalement qu'accentué cette rupture : *"l'apologie du corps est à son insu profondément dualiste, elle oppose l'individu à son corps. Elle suppose de manière abstraite une existence du corps que l'on pourrait analyser hors de l'homme concret"* (Lebreton, 1994 : 7).

L'effacement ritualisé du corps dont nous allons parler ne peut donc se comprendre que sur l'arrière-fond socio-historique particulier du double mouvement d'individualisation sociale (l'individu se distingue du corps social, et du même coup déplace le foyer de la sacralité vers lui-même, vers son intimité) et de "civilisation des mœurs" (l'individu se distingue de son corps et affirme la noblesse du contrôle de sa matérialité par l'esprit) abondamment détaillé par Elias (1996). Dans une perspective d'évolution historique, le *corps* naît et simultanément se voit subordonné à *l'esprit*. Loin d'être une constante universelle, ce rapport au corps et l'ordre corporel qui en découle sont donc culturellement contextualisés⁷.

⁴ Souligné par nous.

⁵ Souligné par nous.

⁶ Souligné par nous.

⁷ D'autres cultures développent d'autres rapports au corps : *"Il est frappant de constater que certaines techniques du corps bien enracinées dans des sociétés différentes de nos sociétés occidentales ont développé au contraire une extraordinaire lucidité du fait que l'homme habite aussi ses mouvements ou l'épaisseur de sa chair. Dans les arts martiaux japonais, par exemple, on trouve une attitude opposée à l'attitude occidentale et qui consiste à faire de la conscience du corps une permanence, non seulement au cours du combat, mais dans le déroulement même de la vie. L'esprit du budo, dont l'un des caractères est l'accent mis sur les fibres du vécu corporel, déborde l'espace du dojo et affecte toutes les actions de l'adepte. (...) Cette espèce d'hyperconscience du corps se manifeste sous l'apparence paradoxale du retrait de la volonté, ou plus exactement de sa disparition dans l'immédiateté de l'acte. Cette dissolution de la conscience est possible grâce à une extraordinaire technicité du corps et à l'appel à un autre type de vigilance très éloigné de celui que nous connaissons dans la vie quotidienne. (...) Cette vigilance constante qui semble exclure toute hésitation, toute réflexion avant l'exécution de l'acte, cette fusion étonnante entre le corps et la conscience qui commande les gestes les plus infimes du sujet, montre en négatif à quel point l'homme occidental vit son corps dans une sorte d'oubli permanent"* (Lebreton, 1984 : 183).

B. Un rituel

La plupart des auteurs qui se sont penchés sur la manière dont les interactions corporelles se déroulent et sont régulées dans la société contemporaine ont mis en évidence leur forme *ritualisée*, ce qui signifie qu'elles se présentent sous la forme d' *"une série stéréotypée de transactions complémentaires simples, programmées par des forces sociales externes"* (Berne, 1975 : 38). Cela signifie que lorsque nous effectuons des activités relatives à notre propre corps (essentiellement en public, mais en privé également, par la force de l'intériorisation) ou qui nous mettent en contact avec le corps d'autrui, nous nous conformons à un canevas précis de comportements collectivement attendus que nous désignons communément comme les "règles de savoir-vivre".

On doit à Picard, s'appuyant elle-même sur les travaux d'Isambert (1979) et Berne (1975), une synthèse éclairante sur la pertinence du terme de rite dans le cadre de l'analyse des règles du "savoir-vivre". Selon ses travaux, le terme rite ou rituel peut s'entendre selon quatre acceptions. Dans un sens psychologique, le rite désigne *"des actes répétitifs, compulsifs, sans but apparent, dont la psychanalyse a montré les liens étroits avec la névrose obsessionnelle"* (Picard, 1983 : 75). Ce sens ne nous intéresse pas ici.

Trois autres acceptions relèvent davantage de notre objet.

Dans son sens sémiologique, *"le rite est d'abord signe, et sa standardisation répétitive est nécessitée par sa fonction de quasi-langage"* (Picard, 1983 : 75). Dans cette optique, le rituel transmet un message, une information sur une situation, sur la manière dont elle doit être perçue et interprétée.

Un autre sens du concept de rite relevé par Picard est un sens sociologique qui *"a commencé par définir le rite par son objet, l'objet religieux, à partir de quoi se retrouvent le caractère compulsif lié à l'obligation et au tabou, et son caractère symbolique, lié à la communication avec les êtres de l'au-delà. Cette définition remonte à Durkheim qui réserve le terme de rite aux manifestations religieuses : pour lui, les phénomènes religieux se rangent en deux catégories fondamentales : les croyances et les rites ; les rites se distinguent des autres pratiques humaines par la nature spéciale de leur objet : "on ne peut donc définir le rite qu'après avoir défini la croyance" (Durkheim, les formes élémentaires de la vie religieuse)"* (Picard, 1983 : 75). Cette acception met plutôt l'accent sur le lien entre rite et transcendance.

L'apport de Picard est d'ajouter à l'usage du concept de rituel un sens éthologique. *"Dans cette discipline, le rituel désigne certains comportements animaux qui ont perdu leur signification primitive pour devenir des cérémonials purement symboliques (K Lorenz). Les rituels sont généralement liés à des comportements d'agression ou de séduction ; ils prennent la forme de schémas comportementaux rigides et répétitifs : "une longue série de types de comportements variables s'est fondue en une unique séquence, rigide et obligatoire, ce qui diminue évidemment le risque d'ambiguïté dans la communication (Lorenz)"; ainsi, le rituel est une forme de la communication animale. Il a, selon K. Lorenz, une triple fonction de supprimer les luttes à l'intérieur du groupe, de consolider l'unité du groupe et d'opposer le groupe en tant qu'entité indépendante à d'autres groupes semblables"* (Picard, 1983 : 75). Dans la vision éthologique du rituel, c'est donc essentiellement les fonctions de communication, de prévisibilité et de régulation des comportements sociaux qui sont mises en évidence. Selon Picard, *"un parallèle*

suggestif peut-être fait entre le rituel animal et les rites du savoir-vivre (même s'il existe entre eux une différence importante du fait que les rites culturels ne sont pas inclus dans le patrimoine héréditaire et sont transmis par la tradition). Dans les deux cas, un comportement corporel a perdu une signification instrumentale pour acquérir ensuite une fonction symbolique de communication. La fonction primaire peut, dans certains cas être retrouvée (...). Dans le rituel animal, il y a exagération des éléments comportementaux du prototype non-ritualisé. Cette "exagération mimique" se retrouve dans les attitudes du savoir-vivre (...). Enfin, on a montré que la fonction des rites de politesse est, comme en éthologie, de produire une conciliation et une cohésion entre les membres d'un groupe. La preuve en est que leur défaut est ressenti comme une offense ; "une suppression intentionnelle des rites apaisants normaux équivaut en fait à un comportement ouvertement agressif" (Picard, 1983 : 77). Picard en conclut que "dans le domaine des relations sociales, le terme rituel renvoie beaucoup plus à l'approche éthologique et sémiologique qu'à l'approche sociologique inspirée par Durkheim" (Picard, 1983 : 77).

Contrairement à ce qu'affirme Picard, l'approche *éthologique* de l'ordre corporel ne nous semble pas si éloignée de la définition *sociologique* du rite que donne Durkheim (Picard utilise d'ailleurs elle-même, pour l'approche éthologique, les termes de *cohésion* entre les membres du groupe, dans un vocabulaire quasi-durkheimien!). Les travaux de Goffman invitent à voir avec l'émergence progressive de l'individualisme et la "laïcisation" de nos sociétés un transfert de la sacralité traditionnellement attribuée à quelque divinité vers la personne (y compris dans sa dimension corporelle). Comme le montre Goffman, la sacralité des faces individuelles, transcendance "moderne", gardienne de la cohésion sociale, impose de produire envers chaque individu des comportements de vénération ("déférence") semblables à ceux que Durkheim présentait comme adressés aux dieux. Si l'on admet que cette sacralité individuelle fonctionne bien comme "conscience collective", condition de possibilité de la vie sociale contemporaine, alors on doit également admettre que la définition durkheimienne du rite n'est incompatible ni avec le sens sémiologique, ni avec le sens éthologique du rituel, mais en est plutôt complémentaire. Le point de vue Durkheimien met davantage l'accent sur la référence à une transcendance dans le rite et à sa fonction dans le renforcement de la cohésion sociale, alors que le point de vue éthologique, plus proche d'une sociologie interactionniste (Goffman), montre un rôle plus pragmatique du rituel dans la régulation des interactions.

Nous retrouvons dans les ritualités qui entourent les mises en jeu corporelles les facettes des trois approches : le rituel communique un message sur la situation (sémiologique), le rituel affirme un tabou, une sacralité (sociologique), le rituel régule les interactions (sociologique-éthologique).

Ainsi, "une infinité de mises en jeu corporelles, inlassablement répétées, servent de support à la production et à la reproduction de la vie quotidienne, tant dans sa banalité coutumière que dans ses circonstances les plus exceptionnelles. La ritualité de la vie courante et des échanges entre les partenaires sociaux englobe bien entendu une somme considérable de gestes, de postures, de distances, une régulation des sentiments, un cadre sensoriel établi. La vie quotidienne se déroule ainsi, sur cette trame de repères, sur ce canevas corporel qui permet à chaque acteur la mise en œuvre de son existence au sein du collectif, tout en se protégeant contre l'angoisse de l'inédit. (...) Tout ce qu'il peut y avoir de troublant dans son propre corps ou dans celui de l'autre est ainsi conjuré par la familiarité des signes. Un large réseau d'attentes corporelles conditionne en effet les interactions entre les différents partenaires sociaux. Dans une même trame sociale, les sensations, les gestuelles, les postures, les représentations du corps, etc., sont partagées par les acteurs à travers une étroite marge de variation. Leurs expériences somatiques se renvoient donc en miroir les unes aux autres. Si des différences interviennent, elles ne sont guère

considérables tant qu'on ne franchit pas le seuil d'une autre structuration sociale. La proximité de leur vécu corporel et des signes qui le traversent est la condition qui rend possible une constante transmission du sens à l'intérieur d'un collectif donné" (Lebreton, 1984 : 273).

La triple vision sémiologique, sociologique et éthologique nous indique *pourquoi* chaque société tend à réguler les mises en jeu du corps, jusqu'à les figer en rituel (par exemple ceux du savoir-vivre), en augmentant ainsi la prévisibilité des comportements et facilitant de ce fait la communication et l'intersubjectivité, mais il faut approfondir l'aspect sociologique pour comprendre les *formes* que cette régulation prend : quel contenu est donné aux règles d'interaction corporelles ?

C. Un effacement

Nous devons à des auteurs tels qu'Elias, Goffman, Kaufmann et Lebreton d'avoir analysé et expliqué les principes de la régulation des interactions corporelles dans la société contemporaine sous une forme *ritualisée* et qui relève pour l'essentiel d'un *effacement* dans l'interaction.

Les travaux de ces sociologues mènent à la conclusion que les attentes réciproques des individus à propos du corps visent essentiellement l'occultation de sa réalité biophysique. Ainsi que nous l'avons exposé, notre culture occidentale, héritière de la tradition cartésienne, n'a fait naître *le corps* que pour mieux lui imposer le silence et la docilité, minimisant la réalité organique de chaque individu pour mieux en souligner, par contraste, la dimension intellectuelle.

"Paradoxalement, à travers cette reconnaissance mutuelle de leurs caractères corporels, il semble que le corps lui-même s'efface, qu'il disparaisse du champ de la conscience ; dilué dans le quasi-automatisme des ritualités du quotidien. Dans l'écoulement de la vie courante, le corps s'évanouit. On peut se demander si le statut idéal du corps, dans nos sociétés industrialisées, n'est pas un singulier mélange de silence, de discrétion, d'effacement, voire même d'escamotage. Georges Canguilhem écrit que "l'état de santé, c'est l'inconscience où le sujet est de son corps"⁸. René Leriche la définit lui-même comme le "silence des organes". De telles définitions, concises et admirablement formulées à l'intérieur de notre système de représentation, illustrent bien l'effacement du corps⁹ dans la vie de chaque jour, cet oubli relatif de sa réalité pendant tout le temps où il n'oppose pas de résistance. Dans ces conditions, on ose à peine rappeler que le corps est portant le support matériel, l'opérateur de toutes les pratiques sociales et de tous les échanges entre les acteurs" (Lebreton, 1984 : 274-275).

• Les formes de l'effacement

Cet effacement ritualisé se déploie sous différents aspects qui ont en commun la valorisation de l'individu par la dénégarion des aspects corporels de sa personne. La ritualisation corporelle passe par le contrôle et la retenue des aspects moteurs et des aspects sensoriels, au sens le plus matériel, mais s'exprime aussi dans le discours.

Sur le plan du toucher, le code corporel est particulièrement inhibant : [Les recherches de Jourard] (1966 : 22) montrent que *"que notre culture n'est pas portée au toucher mais qu'elle nous en détache plutôt, et que nous nous touchons très peu le corps, sauf dans des contextes*

⁸ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf, 1952, p52

⁹ Souligné par nous.

sexuels ou dans les sports de contact. Il suggère que c'est là l'illustration d'une société répressive où l'un des facteurs de socialisation est d'apprendre à ne pas toucher les autres, et encore moins à toucher certains endroits du corps, que ce soit le nôtre ou celui d'autrui." (Lawler, 2002 : 119-122). Le tabou du toucher vaut pour l'auto-contact (en particulier des orifices et des organes génitaux), le contact avec les objets d'autrui, mais *"c'est le contact direct avec le corps d'autrui qui est entouré d'interdits les plus nets ou rigoureusement ritualisé dans les rares cas où il est autorisé"* (Picard, 1983 : 29). Il n'est donc que fort peu de circonstances de la vie sociale où le contact s'indique, et lorsque c'est le cas, il devient paradoxalement obligatoire et placé sous haute surveillance (par exemple la poignée de main ou le baiser de salutation, dont la durée, la localisation, l'intensité ne doivent laisser entrevoir aucune équivoque)¹⁰.

Le sens de la vue est aussi particulièrement concerné. On ne peut présenter son corps aux yeux d'autrui sans les formes (par exemple une pilosité contrôlée, l'exposition de certaines parties du corps seulement, etc.). La nudité corporelle est donc, à ce titre, proscrite de la plupart des situations sociales. Dans les lieux où elle apparaît, c'est alors, tout comme pour le toucher, selon des modalités très précises. On pense, à ce sujet, aux travaux de Kaufmann (1998) sur la pratique des seins nus sur la plage : *"chaque femme doit respecter un code de comportement précis (...) comprendre les signes envoyés par les regards qui se portent sur elle et y répondre par des positions du corps et des gestes adéquats"* (essentiellement la position allongée et l'immobilité) (Kaufmann, 1998 : 296).

La dénégarion corporelle concerne également les autres sens (odorat, ouïe), les mouvements et plus largement tout le fonctionnement corporel : *"La bonne éducation, c'est : manger et boire avec élégance (...) être apte, selon les circonstances à n'avoir ni entrailles, ni vessie, ni odorat, ni esprit d'observation, et, dans toutes, à n'avoir aucune curiosité. (...) Que doit-on cacher ? Tout ce qui risque d'offenser le système sensoriel : tout ce qui peut provoquer l'émoi ou le dégoût. De même que tout contact n'est qu'un simulacre, c'est également un simulacre de corps que l'on doit montrer, un peu comme une silhouette sur une lanterne magique. Tout ce qui évoque l'existence du corps comme organisme vivant et comme "animalité" est à neutraliser. (...) Les manifestations du fonctionnement interne peuvent être d'ailleurs aussi bien visuelles qu'auditives ou olfactives. La règle est de les laisser ignorer à autrui"* (Picard, 1983 : 34-35).

Même si le jeu des apparences physiques est très présent dans les interactions de la société contemporaine (ce que Maisonneuve appelle le corporéisme), et même si l'on peut observer des variations du rapport au corps selon les classes sociales, ce qui est présenté du corps est toujours travaillé dans le sens du masquage de son fonctionnement organique, ses bruits, ses odeurs, etc.

¹⁰ Toutefois, Picard précise à l'attention des esprits chagrins les aspects positifs du fonctionnement ritualisé : *"Le contact, au sens propre comme au sens figuré, est chaque fois impliqué dans l'interaction sociale (...). Mais en même temps il est strictement limité dans ses modalités, dans les zones corporelles qui sont mises en relation et dans le temps où il se réalise. Il n'en est pas moins une valeur symbolique profonde : celle d'ouvrir son territoire à autrui, de favoriser et d'initier un rapprochement (qui, si les partenaires le désirent, peut déboucher sur l'intimité. En même temps, le savoir vivre par son caractère ritualisé laisse à chaque protagoniste la possibilité à tout instant de limiter ou de rompre le contact, de rétablir une distance, sans qu'aucun d'eux ne perde la face. Il serait donc erroné de ne voir dans les règles de politesse qu'un système d'interdiction du contact ; certes cet aspect existe, mais l'envers en est la possibilité d'un rapprochement codifié (...)"* (Picard, 1983 : 48).

L'effacement s'étend également à la simple évocation verbale ou intérieure du corps et de son fonctionnement : *"Ce qui faisait défaut dans ce monde "courtois" ou ce qui n'existait pas dans la même mesure qu'aujourd'hui, c'était ce mur invisible des réactions affectives se dressant entre les corps, les repoussant et les isolant, mur dont on ressent de nos jours la présence au simple geste d'un rapprochement physique, au simple contact d'un objet qui a touché les mains ou la bouche d'une autre personne; il se manifeste déjà dans le sentiment de gêne que nous éprouvons en assistant à certaines fonctions physiques, et très souvent à leur évocation, il se manifeste aussi dans le sentiment de honte qui s'empare de nous quand certaines de nos fonctions physiques sont exposées aux regards des autres, et parfois même quand nous prenons conscience de leur existence"* (Elias, 1996 : 101).

En conclusion, si chaque société se donne un code de régulation des activités et des interactions corporelles, la société contemporaine occidentale a choisi comme mode particulier celui du refoulement du corps, de son occultation, de sa mise à distance, de son effacement comme réalité organique. Hors du canevas serré des ritualités qui le contrôlent, le corps est un danger social.

D. La transgression du rituel d'effacement

L'ordre corporel fonctionne donc comme une série de conventions de comportements relevant de la même logique, celle de l'effacement. Lorsque ce principe peut être réalisé, les situations sociales sont vécues comme normales, les interactions sont fluides. La vie quotidienne génère toutefois son lot de situations dans lesquelles, pour diverses raisons, le principe ne peut s'actualiser. *"Que la réalité du corps finisse par être gommée, comme exorcisée du champ social, on s'en aperçoit surtout en observant les effets qui accompagnent les inévitables dérapages qui affectent ses mises en jeu. Sans évoquer l'hypothèse de la rencontre avec un étranger (donc tributaire d'une autre culture somatique), il suffit qu'un acteur soit surpris par un autre dans une posture jugée inconvenante, ou même simplement inaccoutumée, bizarre, et le corps perd soudain sa fluidité antérieure, il devient pesant, encombrant, gênant. (...) La symbolique corporelle a momentanément perdu son pouvoir de conjuration puisque les données de la situation annulent en partie ses effets. Le corps redevient un mystère et prive de toute certitude sur la façon dont il faut alors l'aborder. Les attentes des acteurs ne se répondent plus ou laissent percevoir des ajours inquiétants. Les corps cessent de s'écouler dans le miroir fidèle de l'autre, dans cette espèce de bloc magique où chacun d'entre eux s'efface en même temps qu'il se met adéquatement en scène. Un malaise profond jaillit alors de cette rupture de sens qui met malencontreusement le corps en évidence"* (Lebreton, 1984 : 273-276).

La vie nous amène occasionnellement à faire face à ce genre de situations, mais certaines professions plus que d'autres (kinésithérapeutes, coiffeurs, esthéticiennes, médecins, etc.), y sont confrontées quotidiennement. Dans ce sens, on peut vraiment parler de la socialisation à ces professions comme d'une socialisation secondaire, dans la mesure où ces diverses professions doivent extérioriser et transmettre aux jeunes générations des manières d'être spécifiques pour ces situations récurrentes, manières qui se substituent partiellement ou totalement aux manières d'être intériorisées jusque là au travers de la socialisation primaire. La profession infirmière fait partie de ces métiers confrontés aux interactions corporelles levant inévitablement l'effacement ritualisé.

Dans le contexte des Soins infirmiers, les corps ne se laissent pas facilement oublier : plaies, brûlures, traumatismes, amputations, infections, difformités et lésions en tout genre, c'est souvent parce que leur corps "sort du silence" que les patients sont en relation avec des soignants. Les jeunes soignants doivent apprendre à adopter une attitude professionnelle par rapport à ce surgissement du corps dans la réalité. Et même si, au premier abord, le corps du patient consent à la discrétion culturellement requise, *"(...) par leur travail, les infirmières sont impliquées dans un contact intime et prolongé avec des personnes qui ont besoin d'être aidées pour des "détails de [...] l'existence corporelle" selon l'expression de Turner (1984 : 1), et que la plupart des patients ont besoin d'une certaine forme d'assistance au niveau du corps. En demandant et en offrant cette assistance, les patients comme les infirmières doivent négocier, au plan social, les différents tabous, normes, valeurs, croyances et comportements appris à propos du corps qui ont besoin d'être redéfinis dans le contexte d'une diminution de l'indépendance individuelle. De même, sur le plan social, ils ont à prendre en compte le corps en tant qu'entité physique et biologique"* (Lawler, 2002 : 19-20). Cet extrait de Lawler rappelle que ces situations d'embarras potentiel sont générées par la coprésence des interactants, et qu'elles sont gérées collectivement et solidairement par le soignant et le soigné. C'est donc la régulation par le complexe infirmier-patient qui doit être étudiée, et non la seule attitude de l'infirmier¹¹.

Dans ces nombreuses situations de soins où le rituel relatif aux interactions corporelles est perturbé, les différentes fonctions du rites sont affectées : que devient la sacralité du corps et de la personne ? Quelles significations prennent la situation et les gestes qui se développent dans cette situation ? Comment les situations sont-elles alors régulées ?

2.1.3 Conclusion intermédiaire

Dans les pages qui précèdent, nous avons essayé d'éclaircir ce que l'on pouvait entendre par socialisation corporelle dans le cadre de la formation en Soins infirmiers. Nous avons dégagé deux angles analytiques principaux sur la base desquels orienter notre analyse.

Le premier angle concerne l'apprentissage des activités professionnelles corporelles du point de vue instrumental, dans leurs aspects sensori-moteurs. Un second angle concerne l'analyse de l'apprentissage des activités professionnelles corporelles du point de vue expressif, c'est-à-dire en s'interrogeant sur les représentations et valeurs qu'elles véhiculent. Dans la mesure où la plupart des actes professionnels doivent s'exercer sur le corps d'autres personnes dans un contexte global d'effacement ritualisé du corps, l'approche expressive se doit d'être particulièrement attentive à la dimension interactionnelle des soins. Prenant sens l'un par l'autre, c'est de façon articulée que les points de vue instrumentaux et expressifs doivent être investigués.

¹¹ " Une dernière remarque à propos de la tenue : quels que soient ses motifs de présenter une bonne apparence, l'individu est censé exercer sa volonté pour se faire, ou bien coopérer docilement s'il arrive qu'il faille l'aider en cette matière. (...) Cette soumission volontaire est cruciale, car de tels services ne peuvent s'exécuter qu'à proximité du centre inviolable de l'individu et se muent aisément en transgressions que seule une coopération étroite entre les protagonistes peut empêcher. Mais si un individu échoue à préserver ce que les autres estiment être une apparence convenable, et s'il refuse de se soumettre à ceux qui sont chargés de le rendre présentables, ceux-ci ne pourront accomplir leur tâche qu'au prix de la dignité et de la déférence qu'ils lui doivent, ce qui risque alors de créer en eux des sentiments complexes " (Goffman, 1974 : 71).

Notre problématique de recherche sur *les processus de socialisation corporelle secondaire* se précise et prend forme.

Lorsque nous parlons de la socialisation corporelle des infirmiers, nous entendons plusieurs choses.

La "production corporelle des infirmiers" suppose que soient effectivement transmis et intériorisés un certain nombre de savoir-faire professionnels, dont la vocation est essentiellement opératoire. D'un point de vue instrumental, nous voulons identifier ces savoir-faire enseignés en Soins infirmiers, observer les dispositifs de la formation prévus pour les transmettre (quels lieux, quels acteurs, quels temps, quels discours, quelles mises en pratiques, etc.) et jauger l'impact de leur enseignement sur les aptitudes sensori-motrices des étudiants.

Conjointement, nous cherchons à comprendre ce que ces dispositifs de formation et les nouvelles dispositions corporelles qu'ils inculquent aux étudiants nous disent, d'un point de vue symbolique, sur l'identité professionnelle infirmière, à propos du corps du soignant, du corps du soigné, du soin. Comment la formation prend-elle en compte la matrice culturelle relative au corps ? Comment la formation envisage-t-elle la transgression du rituel de l'effacement des corps lors de certains soins ? Le développement éventuel d'un rapport différent à son corps et au corps de l'autre construit-il une identité professionnelle infirmière spécifique, à titre individuel ou collectif ?

Ces conclusions nous permettent de mieux situer les enjeux *corporels* de notre questionnement. Mais notre réflexion doit encore s'affiner par d'autres apports. Notre seconde étape sera celle de la clarification de la notion de *socialisation secondaire*.

2.2 Une réflexion sur la *socialisation secondaire*

Nous venons de montrer que les soignants doivent développer des compétences corporelles professionnelles spécifiques, entre autres des compétences liées à l'exigence d'affronter la transgression de l'effacement ritualisé du corps ordinairement de mise. Sur cette base, nous avons ainsi posé que la formation en Soins infirmiers était une socialisation *secondaire*. Implicitement, nous supposons donc l'existence d'une socialisation primaire antérieure, et d'une possibilité de remise en question, de transformation ou d'évolution de celle-ci dans le temps, via des processus identiques ou différents de ceux sur lesquels repose la socialisation primaire.

Ce sont, sans conteste, les travaux de Dubar qui nous éclairent le plus sur les implications de cette dichotomie primaire/secondaire.

Le concept de socialisation *secondaire* arrive assez tardivement en sociologie, car il suppose l'hétérogénéité du social, la *"différenciation du social en sphères spécialisées ayant une autonomie de plus en plus grande"* (Dubar, 1991 : 105), ce qui n'est pas évident pour les théories pionnières en sociologie. Le constat d'hétérogénéité du social entraîne pour Berger et Luckmann (repris par Dubar, 1991) deux conséquences à propos de la socialisation : *"(...) d'une part, la socialisation n'est jamais complètement réussie et [d'autre part] la socialisation n'est jamais totale ni terminée. Il faut donc faire une place importante à la socialisation secondaire provisoirement définie comme "intérieurisation de sous-mondes institutionnels spécialisés" et "acquisition de savoirs spécifiques de rôles directement ou indirectement enracinés dans la division du travail". Il s'agit, avant tout, de l'incorporation de savoirs spécialisés - que nous appellerons savoirs professionnels - qui constituent des savoirs d'un genre nouveau. (...) L'acquisition de ces savoirs suppose la socialisation primaire antérieure et pose, dès lors, un "problème de consistance entre les intériorisations originales et nouvelles"*" (Dubar, 1991 : 102).

L'usage de la notion de socialisation *secondaire* nous inscrit ainsi, ipso facto, dans une logique constructiviste. Dans une perspective constructiviste, la question de la socialisation *secondaire* se pose donc simultanément comme une question relative aux processus par lesquels l'individu va intérioriser les savoirs et savoir-faire spécifiques d'un sous-monde ET comme une question relative à la manière dont le sous-monde va négocier comme légitimes les savoirs et savoir-faire spécifiques et différents qu'il propose aux recrues. Il est donc question à la fois de la dynamique de construction des identités individuelles et de la dynamique des rapports entre groupes sociaux. Cette perspective constructiviste seule autorise à voir dans la socialisation une possibilité de changement social et non seulement de reproduction du même. *"La problématique de la "construction sociale de la réalité" permet d'aborder la question de la socialisation dans la perspective du changement social et non seulement de la reproduction de l'ordre social. En reliant la question de la différenciation du social en "sphères" spécialisées ayant une autonomie de plus en plus grande au constat de la généralisation de la formation à l'ensemble de l'existence biographique, cette théorie ouvre la possibilité de définir le changement social comme un processus conjoint de "construction d'un monde spécifique" et de "transformation d'une identité spécialisée" et donc de socialisation secondaire en rupture avec la socialisation primaire"* (Dubar, 1991 : 105).

La question de la socialisation *secondaire* est donc à la fois une question individuelle (incorporation par chacun), mais aussi collective (définitions de mondes sociaux, de manières de faire légitimes). C'est un enjeu pour chaque nouveau soignant autant que pour la profession

infirmière que d'extérioriser, objectiver et (faire) intérioriser des représentations et des conduites corporelles infirmières.

Dans les pages qui suivent, nous allons successivement développer ces deux volets (niveau plus individuel/niveau plus collectif) de la socialisation secondaire. Dans un premier temps, nous allons aborder la socialisation du point de vue de la construction individuelle de l'identité, en lien avec les processus d'apprentissage et d'acquisition de compétences; dans un second temps, nous aborderons la logique collective du développement des sous-mondes sociaux, en lien avec la logique de professionnalisation des soins.

2.2.1 La socialisation secondaire comme développement de compétences

Nos recherches exploratoires autour de la socialisation secondaire corporelle se sont heurtées à deux difficultés.

La formation en Soins infirmiers, via les stages hospitaliers, plonge les étudiants dès la première année dans le monde professionnel (ils y passent un quart du temps de formation en première année, la moitié en deuxième année, et les trois-quarts en troisième année). C'est donc dès le début de la formation que se pose pour nous la question de la construction de l'identité professionnelle, et non à la première embauche. Or, en sociologie, la plupart des travaux traitant de la socialisation secondaire et de la socialisation professionnelle portent plutôt sur l'entrée dans le monde du travail dans la période qui suit la fin de la formation scolaire. Peu de recherches sur la socialisation professionnelle nous ont apporté d'éléments directement transférables à nos questions relatives à la socialisation en contexte scolaire.

Ensuite, peu de travaux sur la socialisation secondaire, dans l'enseignement supérieur ou à l'entrée dans le métier, semblent s'être intéressés au corps. Il est souvent question d'intériorisation négociée des représentations, de la culture, des valeurs d'un groupe professionnel, avec un intérêt pour les dimensions cognitives et affectives des processus observés, mais il n'est presque jamais question de transformations ou d'acquisitions corporelles. Nous ne nions pas la pertinence et l'intérêt de ces approches de la socialisation, mais il nous fallait donc trouver un ancrage théorique permettant d'aborder plus précisément l'intériorisation d'habiletés sensori-motrices, de "savoir-faire".

C'est en nous tournant vers les Sciences de l'Education, qui ont également pour objet les situations de formation, que nous avons complété l'élaboration théorique de notre problématique. Traditionnellement, le concept central des sciences de l'Education est *l'apprentissage*. Nous ne pouvons substituer ce concept *d'apprentissage* à celui de *socialisation* et transférer immédiatement les cadres et outils de la pédagogie, car bien que proches a priori, ces deux notions présentent des différences essentielles. Delobbe (1996) propose une synthèse des aspects du concept de *socialisation* absents de la définition classique de *l'apprentissage*. Nous reprenons ici ceux qui éclairent notre propos :

- **L'individuel et le collectif.** Avec le concept *d'apprentissage*, c'est essentiellement la dynamique individuelle de transformation de l'apprenant qui est visée. En revanche, l'approche sociologique pose le problème de la socialisation à la fois au plan individuel et au plan collectif. *"[Le concept] désigne tout à la fois un processus social de production et de reproduction des structures collectives et un processus individuel de construction identitaire, de production de soi. (...) Le sujet se structure cognitivement et*

affectivement en fonction du milieu qui est le sien tout comme il reconstruit sans cesse ce milieu conformément à ses propres structurations, la réalité étant aussi le produit des subjectivités individuelles" (Delobbe, 1996 : 48).

- **L'aspect didactique.** La pédagogie traditionnelle s'intéresse principalement au contenu explicite du curriculum et son approche est plus normative que descriptive : elle s'attache davantage au "comment faire acquérir" par un processus de type teaching-learning des contenus définis a priori qu'à l'analyse du produit complexe de la formation incluant une large part implicite. *"Le cadre traditionnel, notamment la typologie du savoir de Bloom (1969) voit le savoir essentiellement sous l'angle de son "éducabilité", des moyens didactiques à mettre en œuvre pour le produire et des méthodes à utiliser pour l'évaluer. A l'inverse, une vision socialisatrice de la formation se centre sur l'usage social des savoirs acquis en formation et met ainsi l'accent sur des savoirs apparaissant moins nettement dans la trilogie du savoir, savoir-faire, savoir-être. Une telle vision s'intéresse, par exemple, de savoir si et comment un dispositif de formation, quels que soient ses objectifs pédagogiques explicites, contribue à l'acquisition d'un savoir social portant, entre autres, sur le type de relation à entretenir avec autrui, sur les contraintes de rôle et de positions à tenir dans une société donnée, sur les cadres de référence et présupposés (conception du temps, de l'homme, etc.) sous-jacents aux contenus enseignés. (...) Ce qui s'apprend en formation, c'est aussi des schèmes de pensée et d'action acceptables et efficaces dans un groupe, dans une organisation"* (Delobbe, 1996 : 50).
- **Le caractère relatif et socialement construit des contenus.** Delobbe souligne également que l'approche sociologique se distingue de l'approche pédagogique quant au statut donné aux contenus de formation. Là où le pédagogue considère qu'il y a une connaissance sur le monde plus vraie ou plus correcte à transmettre, le sociologue voit des *"constructions sociales dont l'existence ne se justifie et ne prend de sens que dans une société donnée. Dans ce paradigme constructiviste, l'important n'est plus la connaissance en tant que telle que les structures d'interactions sociales, de productions collectives rendues possibles par une connaissance partagée"* (Delobbe, 1996 : 51).

La perspective classique en termes d'*apprentissage* se révèle donc inappropriée dans le cadre d'une démarche sociologique. Toutefois des développements plus récents dans certains courants des Sciences de l'Education (avec des auteurs tels que Delobbe) suggèrent des rapprochements avec le point de vue sociologique. C'est en particulier le cas du courant du *développement de compétences*, en plein essor en pédagogie contemporaine¹². Ce courant propose une voie alternative dans l'approche des situations de formation et un cadre théorique et méthodologique mieux compatible avec notre questionnement en termes de *socialisation*.

Sans nous appesantir par de longs développements sur le terme de *compétence*, qui génère encore nombre de débats en sciences de l'Education, reprenons ici l'une ou l'autre définition de ce concept qui permet de bien en saisir la portée pour notre problématique.

Pour Le Boterf (1995), la compétence est un *"savoir agir"*, c'est-à-dire un savoir intégrer, mobiliser et transférer un ensemble de ressources (connaissances, savoirs, aptitudes, raisonnements, etc.) dans un contexte donné, pour faire face aux différents problèmes rencontrés pour réaliser une tâche. La compétence ne se réduit donc pas à un savoir-faire, mais comprend également un savoir-quoi-faire, un savoir-comment-faire, avec les ressources et les

¹² Par ailleurs, c'est également à cette notion de *compétence* que font de plus en plus référence les textes officiels légiférant en matière de formation en Communauté française.

contraintes spécifiques à un contexte donné. Cette *"capacité d'agir dans un type défini de situations s'appuie sur des connaissances, mais ne s'y réduit pas"* (Perrenoud, 1997 : 7). *"La compétence se situe au-delà des connaissances. Elle ne se forme pas par assimilation de savoirs supplémentaires, généraux ou locaux, mais par la construction d'un ensemble de dispositions et de schèmes qui permettent de mobiliser les connaissances, en temps utile et à bon escient"* (Perrenoud, 1997 : 41).

Roegiers (1999), synthétisant la littérature sur la question, extrait cinq caractéristiques de la compétence : (1) la compétence mobilise un ensemble de ressources, (2) la compétence a un caractère finalisé (elle remplit une fonction sociale, ou, au moins, présente un caractère significatif pour l'étudiant), (3) elle est liée à une famille de situations, (4) la compétence a un caractère disciplinaire, et non transversal, (5) la compétence est évaluable.

Le courant du développement de compétences développe donc une conception du savoir contextualisé et incarné, reposant sur la mobilisation de ressources diverses, tant internes (connaissances, mais aussi perceptions, émotions, gestes, etc.) qu'externes. Elle y intègre également une dimension de construction de l'identité professionnelle (Paquay et al., 2002) et une dimension sociale et collective à l'appropriation des savoirs (*"Les médecins du malade imaginaire de Molière sont "compétents" de la même façon que le sont nos médecins aujourd'hui. Toutefois, si l'on pouvait mettre en présence les uns avec les autres, à travers le temps, ceux-ci et ceux-là auraient probablement de la difficulté à admettre qu'ils appartiennent à la même profession. La compétence est une construction discursive qui se tient pour légitime à une époque déterminée, notamment en se proposant comme référentiel, par exemple en "imposant" sa logique aux pratiques sociales qui relèvent de celle-ci"* Toupin, 1995 : 41). Ces caractéristiques nous paraissent légitimer l'appui de notre analyse des processus de *socialisation* sur les modèles pédagogiques d'acquisition de *compétences*.

Au-delà de ces convergences, les approches sociologique et pédagogique conservent toutefois leurs spécificités. Dans le champ des sciences de l'Education, la référence au concept de compétence se fait souvent dans une optique *didactique* et *prescriptive* : le concept est défini, et suit presque toujours un développement sur les conditions pédagogiques à réunir pour en favoriser le développement. En tant que sociologue et non-pédagogue, cette approche ne relève pas de notre ... compétence. Dans nos lectures, nous avons privilégié les recherches proposant plutôt un modèle *descriptif* du développement de compétences et s'attachant à rendre compte des stades successifs de son acquisition. Les travaux de Dreyfus et Dreyfus, ainsi que leur adaptation aux Soins infirmiers par Benner, nous apparaissent à ce propos très éclairants. Selon Dreyfus et Dreyfus, entre la conduite d'un expert professionnel qui a atteint un degré de compétence optimal (quel que soit le domaine de pratique) et celle d'un novice qui débute, on peut identifier des différences *qualitatives* de comportement et de stratégie par rapport à un même problème. Dreyfus et Dreyfus décrivent ces modes de fonctionnement, ainsi que trois stades intermédiaires de maîtrise d'une compétence.

La section qui suit propose une synthèse de leurs travaux et met en évidence les prolongements possibles dans notre questionnement.

2.2.2 Gros plan sur le modèle des stades d'acquisition de compétences de Dreyfus et Dreyfus, adapté par Benner

Fin des années 70'-début des années 80', le mathématicien-analyste S. Dreyfus et le philosophe H. Dreyfus publient, sur la base de recherches variées (formation des pilotes de l'US Air Force, joueurs d'échec, etc.), un modèle d'acquisition de compétences. Ce modèle à la fois réintègre le *corps* comme support nécessaire de toute compétence (*"The rôle of the body in intelligent behavior"*, in H. Dreyfus 1994, 4th printing : 235-255) et affirme, avec insistance, la différence de nature et de processus d'acquisition entre le savoir déclaratif et les savoir-faire : *"all of us know how to do innumerable things that, like bike riding, cannot be reduced to "knowing that" (...) "Knowing how" is quite distinct from "knowing that" and in no way requires using conscious abstract rules"*(Dreyfus & Dreyfus, 1988 : 16-17).

Ils contribuent ainsi à dénoncer, parfois de manière virulente, la généralisation -selon eux abusive- des modèles de processus rationnels et conscients développés à l'époque en psychologie cognitive à tous les processus d'apprentissage. Ils réhabilitent ainsi l'étude des "savoir-faire" selon des modèles spécifiques et développent, en particulier, un modèle en cinq étapes qui présente théoriquement le processus d'acquisition de compétence menant du *"noviciat"* à l'*"expertise"*. Le modèle est présenté comme ayant une portée pour des situations dont les caractéristiques sont les suivantes : problèmes "ouverts", complexes, à solutions multiples ou indéterminées, apprentissage chez des adultes, où il n'est pas possible ou pas souhaitable de procéder par essais et erreurs. Il s'agit d'un modèle élaboré en conditions naturelles d'apprentissage, et non sous dispositif expérimental; il est validé pour des contextes variés, professionnels ou non. Une telle perspective nous semble tout à fait en adéquation avec notre objet de recherche : les savoir-faire qui doivent être acquis par les infirmiers sont bien des savoir-faire qui s'actualisent dans des situations complexes, notamment parce qu'il s'agit de situations d'interactions humaines, aux facteurs multiples, pas toujours totalement maîtrisés, pour lesquelles les solutions optimales ne sont pas prédéterminées. On comprend également que pour certains soins, une pédagogie par essais et erreurs n'est pas adéquate.

Dès 1984, Pat Benner (1st Edition 1984; 1995 pour la trad. franç.) propose une application du modèle de Dreyfus et Dreyfus pour les Soins infirmiers. Son objectif principal est de mettre l'accent sur les conditions d'accès à l'excellence au travers de la formation continuée. Son souci est alors également de réaffirmer pour les Soins infirmiers un "savoir d'action" spécifique qui lui semble menacé. *"Il est évident que la socialisation en soins infirmiers et en médecine est en train de changer. Dans le passé, dans un souci d'améliorer le niveau de leurs élèves, les enseignantes des écoles d'infirmières préféraient comme Schein des modèles formels et rationalisés de prise de décision. Ainsi, l'apprentissage de la prise de décision dans la formation des infirmières a-t-il été sorti du contexte; les exigences et les contraintes des services ont été passées sous silence. Des efforts sont à présent entrepris pour inverser cette tendance et enrichir les programmes de formation de cas pratiques permettant de montrer les différentes étapes du processus menant à la prise de décision"* (Benner, 1995 : 171). Malgré leurs ambiguïtés (à certains moments, on ne sait si le modèle est descriptif ou normatif), les travaux de Benner sont précieux pour notre propre recherche.

Nous leur empruntons cette synthèse du modèle de Dreyfus & Dreyfus : *"Le modèle Dreyfus (Dreyfus et Dreyfus, 1980; Dreyfus, 1981) établit que, dans l'acquisition et le développement d'une compétence, un étudiant passe par cinq stades successifs : novice, débutant, compétent, performant et expert, qui sont le reflet des trois types de changements qui se produisent lors*

de l'acquisition d'une compétence. Le premier est le passage de la confiance en des principes abstraits à l'utilisation, à titre de paradigme, d'une expérience¹³ passée concrète; le second est une modification de la façon dont l'apprenant perçoit la situation -il la voit moins comme un assemblage d'éléments pris ça et là que comme un tout¹⁴ dans lequel seulement certaines parties sont utiles; le troisième changement est le passage d'observateur externe à celui d'agent impliqué¹⁵. Ce dernier ne se tient plus en dehors du processus, mais il est maintenant engagé dans la situation" (Benner, 1995 : 17).

A. Trois transformations qualitatives

Le chemin vers l'expertise serait donc balisé par l'enchaînement de trois transformations qualitatives importantes :

- Le rôle grandissant du stock d'expériences concrètes dans le pilotage de l'action : *"Le novice travaille en se basant sur des principes abstraits, des théories et des modèles formels (Dreyfus et Dreyfus, 1980) qui constituent des outils importants, car ils lui permettent d'appréhender la situation et d'acquérir les premiers éléments de son expérience professionnelle. (...) Au fur et à mesure que ces capacités progressent, les règles se transforment en directives; et finalement, une fois le stade performant atteint, il utilise des maximes. L'expert utilise des exemples concrets, tout comme le scientifique utilise des modèles pour guider ses recherches. Ces exemples sont beaucoup plus riches que ce qu'un modèle formel pourrait appréhender, puisqu'ils permettent de saisir ce qui différencie deux cas apparemment similaires (Dreyfus et Dreyfus, 1980)"* (Benner, 1995 : 170).
- L'acquisition d'une perception de plus en plus structurée et holiste des situations : *"With more experience, the number of recognizable context-free and situational elements present in a real-world circumstance eventually becomes overwhelming. (...) To cope with such problems, people learn, or are taught, to adopt a hierarchical procedure of decision-making. By first choosing a plan to organize the situation, and by then examining only the small set of factors that are most important given the chosen plan, a person can both simplify and improve his performance. (...) The importance of the facts may depend on the presence of other facts" (Dreyfus & Dreyfus, 1980 : 24). Ce principe de structuration et de hiérarchisation se double d'une prise en compte plus globale de la situation : "We call the ability to intuitively respond to patterns without decomposing them into component features "holistic discrimination and association". When we speak of intuition or know-how, we are referring to the understanding that effortlessly occurs due to discriminations resulting from previous experiences. (...) Proficient performer, while intuitively organizing and understanding his task, will still find himself thinking analytically about what to do. Elements that present themselves as important, thanks to the performer's experience, will be assessed and combined by rule to produce decisions about how best to manipulate the environment." (Dreyfus & Dreyfus, 1980 : 28-29).*
- Une implication croissante comme acteur dans la situation : *"Le modèle Dreyfus d'acquisition des compétences dirait qu'un certain niveau d'implication est nécessaire*

¹³ Souligné par nous.

¹⁴ Souligné par nous.

¹⁵ Souligné par nous.

pour que se développe un sens de l'observation. Un observateur "distant" a moins de chances de remarquer des changements subtils chez le patient." (Benner, 1995 : 148). "L'implication avec le malade en tant qu'individu et l'engagement dans une situation donnée sont nécessaires au développement d'une sensibilité suffisamment aiguisée pour détecter les erreurs potentielles (Wrubel, Benner et Lazarus, 1981). L'infirmière qui ne s'implique pas et qui ne s'engage pas ne sera pas sensible aux signaux inhabituels qui indiquent que le malade va avoir des problèmes. Les infirmières doivent aussi avoir un sens aigu du comportement et de l'apparence habituels du malade pour détecter des changements subtils mais significatifs" (Benner, 1995 : 124-125).

B. Deux principes de progression

Deux choses permettent le passage d'une étape à l'autre : (1) l'acquisition progressive d'une expérience riche et diversifiée et (2) l'accompagnement par un tuteur garantissant l'intersubjectivité des perceptions et jugements acquis.

- La substitution des règles abstraites et théoriques au profit d'un stock complexe de références concrètes intériorisées suppose, par définition, que l'apprenant soit confronté progressivement à une diversité de situations à résoudre. *"L'expertise se développe lorsque le clinicien confronte à des situations réelles les propositions, les hypothèses et les attentes fondées sur les principes. On peut parler d'expérience au sens où nous l'entendons ici (Heidegger, 1962; Gadamer, 1970) lorsque des notions et des attentes préconçues sont remises en question, mises au point ou infirmées par la réalité. L'expérience est donc nécessaire à l'expertise" (Benner, 1995 : 9). (...) "Le mot expérience, tel qu'il est utilisé ici, ne fait pas simplement référence au passage du temps. Il s'agit plutôt de l'amélioration de théories et de notions préconçues au travers de la rencontre de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie (Gadamer, 1970, Benner et Wrubel, 1982). L'expérience est donc importante en termes quantitatifs, mais surtout en termes qualitatifs : c'est la diversité des contextes qui enrichit le répertoire de conduite du professionnel. Sans cette patiente construction du stock d'expériences personnellement éprouvées par chaque apprenant, la progression d'un stade à l'autre ne peut s'opérer : "Someone at a particular stage of skill acquisition can always imitate the thought processes characteristic of a higher stage but will perform badly when lacking practice and concrete experience. For example, a beginner can, like a competent performer, set goals, but without experience he won't know how to set them sensibly. Similarly, anyone who has seen one situation in a skill domain and an accompanying action can then act intuitively like the expert by seeing all situations as similar to that one and always repeating the same action" (Dreyfus & Dreyfus, 1980 : 35).*
- Dans la mesure où la compétence comporte une dimension collective et disciplinaire, les progrès vers l'expertise dans une profession supposent également l'accompagnement, le guidage dans les apprentissages par des pairs plus expérimentés. Cet accompagnement est une condition de l'acquisition des références communes au groupe professionnel au plan du diagnostic des situations et de la manière de les traiter. Plus l'apprenant peut échanger avec ses pairs, plus il peut comparer ce qu'il perçoit et expérimente avec la lecture qu'en fait un professionnel. Ces échanges favorisent le développement de la compétence. Cette nécessité tient également au fait que, par nature contextualisées, les

compétences ne peuvent s'enseigner exclusivement de manière théorique hors du milieu professionnel. *"Il faut que les infirmières amassent des exemples de leurs capacités à reconnaître et qu'elles décrivent le contexte, les significations, les caractéristiques et les tenants et aboutissants de leur savoir. Ceci leur permettra de mettre au point leurs compétences et de démontrer, ou d'illustrer, les différences qualitatives qu'elles ont été amenées à identifier. Une grande partie de ce processus se fait naturellement lorsque les infirmières comparent leurs points de vue en matière de différences qualitatives (...). La hiérarchisation de ces différences qualitatives ne peut s'élaborer et se mettre au point que lorsque les infirmières comparent leurs points de vue pendant qu'elles soignent un malade en situation réelle (...) de manière à pouvoir arriver à des appréciations consistantes"* (Benner, 1995 : 10-11).

C. Cinq stades d'acquisition

Développons, à présent, les cinq stades d'évolution qui combinent ces caractéristiques.

- **Novice.** Au premier stade de l'acquisition de compétence, l'apprenant est qualifié de novice. Benner décrit la manière dont un apprenant en Soins infirmier s'y prend les toutes premières fois où il est confronté à l'exécution d'un soin : par définition, *"les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent de se trouver confrontées. Pour les informer et leur permettre d'acquérir l'expérience tellement nécessaire au développement de leurs compétences, on leur décrit ces situations en termes d'éléments objectifs (...), caractéristiques identifiables sans expérience clinique. On leur apprend également des règles indépendantes du contexte pour guider leurs actes en fonction de différents éléments"* (Benner, 1995 : 23).

Ce fonctionnement basé sur l'application de règles décontextualisées et de principes théoriques ne peut constituer l'aboutissement du processus d'apprentissage, car *"ces règles imposent à la novice un comportement typique extrêmement limité et rigide. Le cœur de la difficulté réside dans le fait que, puisque les novices n'ont aucune expérience de la situation à laquelle elles ont à faire face, il faut leur donner des règles afin de les guider dans leurs actes. Mais le fait de suivre ces règles va à l'encontre d'un comportement correct parce qu'elles ne peuvent pas leur indiquer quels sont les actes les plus utiles en situation réelle"* (Benner, 1995 : 23-24).

Le mode de fonctionnement selon des règles décontextualisées a également des conséquences sur la manière dont le *novice* envisage l'évaluation de son activité : *"As a consequence, they feel little responsibility for the outcome of their act. Assuming that they have made no mistake, an unfortunate outcome is viewed as the result of inadequately specified elements or rules"* (Dreyfus and Dreyfus, 1980 : 26). A ce stade, le novice ne se sent pas subjectivement impliqué dans la situation, et sa perspective de la tâche est éclatée. *"The beginning student wants to do a good job, but lacking any coherent sense of the overall task he judges his performance mainly by how well he follows learned rules. After he acquires more than just a few rules, the exercise of his skill requires so much concentration that his capacity to talk or listen to advice is severely limited. Like the training wheels on a child's first bicycle, these first rules allow the accumulation of experience, but soon they must be put aside to proceed"* (Dreyfus & Dreyfus, 1980 : 22).

- **Débutant.** Le second stade de l'acquisition de compétences est celui du débutant. *"Le comportement des débutantes confirmées est partiellement acceptable : elles ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter (elles-mêmes ou sur indication d'un tuteur) les facteurs signifiants qui se reproduisent dans des situations identiques et que le modèle Dreyfus qualifie "d'aspects de la situation". Il faut de l'expérience pour reconnaître ces aspects en situation réelle. Il n'en est pas de même pour les éléments mesurables et indépendants du contexte ou les listes indiquant une marche à suivre et les choses à faire, que la débutante apprend et utilise. Ces aspects comprennent l'ensemble des caractéristiques globales qui ne peuvent être identifiées que grâce à des expériences antérieures. (...) l'instructeur peut donner des indications permettant de savoir à quel moment un malade est prêt à apprendre (...) Mais ces indications dépendent des connaissances du soignant sur ce point précis dans son travail quotidien. Ainsi, alors que l'on peut expliciter certains aspects, il est impossible de les rendre complètement objectifs. L'infirmière peut tirer des indices de la manière dont le malade pose des questions sur son opération ou l'état de sa plaie lors des changements de pansements, mais aucune de ces indications n'est valable dans toutes ces situations. L'infirmière doit avoir gagné beaucoup d'expérience avant de pouvoir appliquer ces critères à chaque malade"* (Benner, 1995 : 25). Via les deux vecteurs d'apprentissage que sont l'augmentation de l'expérience clinique et l'accompagnement de cette expérience, le mode d'activité se transforme : *"Rules for behaviour may now refer to both the new situational and the context-free components"* (Dreyfus & Dreyfus, 1980 : 23).

Ce mode de fonctionnement se montre déjà plus efficace que le mode *novice*, puisqu'il intègre davantage d'éléments, en particulier des éléments de contexte ("aspects"). Toutefois, une des limites de ce mode de fonctionnement réside dans le fait que, parmi tous ces éléments à prendre en compte, les débutants *"ont tendance à ignorer ce qui les différencie d'une manière importante; c'est-à-dire qu'elles donnent à tous les attributs et à tous les aspects la même importance"* (Benner, 1995 : 25).

- **Synthèse des deux premiers stades.** Les préoccupations de Dreyfus & Dreyfus et de Benner vont essentiellement vers les étapes les plus avancées du développement professionnel (performant, expert). C'est autour de ces stades que leurs travaux sont les plus fouillés.

En revanche, notre recherche porte sur les étapes précoces de la formation et du développement de compétences. Il nous semble ainsi important de bien fixer ce qui caractérise les deux premiers stades, avant de présenter plus sommairement les stades ultérieurs.

A ces deux premiers stades, la démarche est *analytique* : les éléments de la situation à traiter sont appréhendés de manière isolée, et non dans un tableau d'ensemble, les paramètres à considérer sont donc très nombreux, pris en compte de façon uniforme, absolue et non pas relative ou hiérarchisée, ce qui amène fréquemment un sentiment d'être dépassé par les multiples aspects de la tâche. *"Les novices et les débutantes ne peuvent appréhender qu'un petit aspect de la situation : cela est trop nouveau, trop étrange, et, de plus, elles doivent se concentrer sur les règles qu'on leur a apprises"* (Benner, 1995 : 26). Le *novice* et le *débutant* n'agissent pas en fonction d'un objectif autre que l'exécution de la procédure pour elle-même. Les soins sont réalisés sans

réflexion sur la finalité. Enfin, le *novice* et le *débutant* ne sont pas impliqués dans le soin, ils ne considèrent pas qu'ils soient un des facteurs de la situation, ils sont *observateurs*.

Les stades *novice* et *débutant* possèdent beaucoup de caractéristiques communes, et ne se distinguent réellement que sur une dimension, celle de l'intégration de données expérientielles dans le pilotage de l'activité.

- **Compétent.** L'infirmière *"devient compétente lorsqu'elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente. Ce plan dicte quels attributs et aspects de la situation présente ou envisagée doivent être considérés comme les plus importants, et ceux que l'on peut ignorer. Ainsi, pour l'infirmière compétente, un plan établit une perspective et se fonde sur une analyse consciente, abstraite et analytique du problème. (...) L'infirmière compétente n'a pas la rapidité ni la souplesse de l'infirmière performante, mais a bien le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable d'y faire face afin de traiter les nombreux imprévus qui sont le lot de la pratique infirmière. La planification consciente et délibérée qui caractérise ce niveau de compétence aide à gagner en efficacité et en organisation"* (Benner, 1995 : 27-28).

Le principal trait à relever dans la progression entre débutant et compétent réside donc dans la capacité à opérer une structuration dans les données de la situation à prendre en compte et dans les actions à poser. C'est le type d'action généralement qualifiée de "démarche de résolution de problème" qui est le plus proche du mode de fonctionnement de l'étape *compétente*. C'est donc le passage de l'absolu au relatif, mais aussi le passage du suivi des règles au but à atteindre, ce qui peut parfois aller de pair avec la violation même des règles de procédure. Cela transforme également le rapport du soignant à l'évaluation de son action, son succès ou son échec : *"Choosing a plan is no simple matter for the competent individual. There is no objective procedure like the novice's context-free feature recognition. And while the advanced beginner can get along without recognizing and using a particular situational element until a sufficient number of examples renders identification easy and sure, to perform at the competent level requires choosing an organizing plan. Furthermore, the choice crucially affects behaviour in a way that one particular situational element rarely does. That combination of non-objectivity and necessity introduces an important new type of relationship between the performer and his environment. Recall that the novice and advanced beginner recognized learned components and then apply learned rules and procedures. As a consequence, they feel little responsibility for the outcome of their acts. Assuming that they have made no mistake, an unfortunate outcome is viewed as the result of inadequately specified elements or rules. The competent performer, on the other hand, after wrestling with the question of the choice of a plan, feels responsible for, and thus emotionally involved in, the product of his choice¹⁶. While he both understands and decides in a detached manner, he finds himself intensely involved in what occurs thereafter. An outcome that is clearly successful is deeply satisfying and leaves a vivid memory of the plan chosen and of the situation as seen from the perspective of the plan. Disasters, likewise, are not easily forgotten"* (Dreyfus & Dreyfus, 1980 : 26).

¹⁶ Souligné par nous.

- **Performant.** Les deux derniers niveaux d'acquisition sont caractérisés par un mode de fonctionnement rapide, fluide, global et impliqué. L'appréhension globale apparaît dans le stade performant, et se poursuivra dans le stade expert : *"L'infirmière performante apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée, et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements. Il s'agit d'un tissu de perspectives et, comme le note Stuart Dreyfus (1982) : Excepté dans des circonstances anormales, la personne performante va vivre la situation présente comme une situation typique, déjà vécue et qu'elle a stockée dans sa mémoire (dans son entier, avec ses caractéristiques principales) à cause de l'enchaînement des événements passés... Donc, la personne vivra ces situations à tout instant au travers d'une perspective, mais plutôt que de l'évaluer consciemment, cette situation se présentera d'elle-même"* (Benner, 1995 : 9).

Les actions à tenir en conséquence du diagnostic de la situation se présentent dès lors sur un mode plus intuitif, moins réflexif : *"De manière caractéristique, l'infirmière performante perçoit les situations comme des tous et non en termes d'aspects. Ses actes sont guidés par des maximes. La perception est ici un mot clé. La perspective n'est pas bien réfléchie, mais "se présente d'elle-même", car fondée sur l'expérience et les événements récents"* (Benner, 1995 : 29).

- **Expert.** Lorsque le professionnel atteint le niveau expert, *"ses performances sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptabilité et de compétence. Le joueur d'échec développe un instinct du jeu; l'étudiant en langues parle couramment; le pilote arrête de penser qu'il pilote un avion et pense simplement qu'il vole"* (Benner, 1995 : 12). *"With expertise comes fluid performance. We seldom "choose our words" or "place our feet"-we simply talk and walk"* (Dreyfus & Dreyfus, 1980 : 32).

Pour l'observateur extérieur, la conduite de l'expert apparaît comme non fondée sur des raisonnements, mais plutôt comme spontanée, et l'expert lui-même éprouve souvent les plus grandes difficultés à verbaliser les choix et actions qui s'imposent à lui comme une évidence, sans détour par la délibération consciente.

"Il n'en faut pas conclure que l'experte n'utilise jamais d'outils analytiques. Une capacité très développée d'analyser les événements est nécessaire dans les situations où l'infirmière n'a aucune expérience préalable. Les outils analytiques sont également nécessaires lorsque l'experte apprécie mal la situation et qu'elle découvre ensuite que les événements et les comportements ne se déroulent pas comme prévu. Lorsqu'elle n'a pas de choix possible, son seul moyen pour se sortir de cette mauvaise approche du problème est d'utiliser un processus de réflexion analytique" (Benner, 1995 : 34).

2.2.3 Conclusion intermédiaire

Notre première réflexion théorique sur le concept de *corps* nous avait permis de préciser le contexte culturel global dans lequel la formation en Soins infirmiers prend place : les savoirs faire infirmiers peuvent être décrits comme des compétences corporelles, exercées sur le corps d'autrui, dans une culture ambiante qui a globalement sacralisé le corps et exige que toute action à son endroit soit empreinte de rituel.

Pour le sociologue, l'acquisition de ces savoir-faire professionnels doivent dès lors être analysés non pas seulement du point de vue de leur complexité et/ou de leur efficacité instrumentale, mais aussi du point de vue de leur positionnement symbolique/expressif par rapport aux représentations et prescriptions culturelles à propos du corps. Le premier apport théorique nous permet donc de mieux appréhender les contenus corporels enseignés.

Ce second apport théorique concernant le développement de compétences nous permet de compléter notre questionnement concernant les *processus* de socialisation corporelle secondaire.

Le modèle de développement de compétences fournit deux apports majeurs à la construction de notre problématique.

Tout d'abord, ce modèle nous permet d'introduire la dimension longitudinale dans l'analyse. Le découpage en cinq stades nous offre des repères permettant de situer et de décrire des différences qualitatives dans les modes d'activité des étudiants. Au début de la formation, les élèves sont vraisemblablement des *novices*. Sur la base du modèle, nous pouvons décrire leur progression en référence à trois paramètres : (1) la référence plus ou moins grande aux règles et principes décontextualisés ou à l'expérience clinique; (2) l'appréhension plus ou moins structurée et holiste des situations de soin; (3) l'implication plus ou moins grande comme acteur dans la situation de soin. La combinaison des indices relevés pour ces trois paramètres nous permet de situer les apprenants et de repérer les évolutions éventuelles au cours de l'année scolaire, c'est-à-dire de mettre en évidence une dynamique de changement, d'objectiver l'existence de processus de socialisation.

Le modèle nous permet également de décrire les dispositifs pédagogiques et l'ensemble de l'environnement de formation, ensuite d'évaluer en quoi celui-ci fournit aux apprenant des situations d'apprentissage favorables au développement de compétences (des situations diversifiées de complexité progressive et un accompagnement adapté). Ce modèle propose ainsi d'être attentif au rôle des différents intervenants de la formation, quant à leur responsabilité à offrir des situations d'apprentissage adéquates pour les novices et dans leur responsabilité à échanger avec eux comme pairs de référence, pour garantir la validation chez chaque apprenant des savoir-faire collectifs.

C'est cette dimension plus collective des compétences et de l'identité professionnelle que nous allons aborder au travers du troisième apport théorique.

2.3 Une réflexion sur la dynamique de la professionnalisation infirmière

Rappelons ce que nous avons annoncé au chapitre précédent : une approche de la socialisation secondaire suppose une société hétérogène, constituée de champs plus ou moins spécialisés. La socialisation secondaire, du point de vue de l'individu, consiste à faire siens, à *intérioriser*, les modes de perceptions, de pensée et d'action de ce sous-monde spécialisé. Nous avons traité cet aspect au travers du concept de *développement de compétences*. Mais au plan collectif, la socialisation secondaire suppose qu'un sous-monde *extériorise* et *objective* des modes de perception, de pensée et d'action spécifiques et distincts de la matrice commune, c'est-à-dire qu'il les propose et parvienne à les rendre autonomes et légitimes, puis qu'il en assure la transmission à ses membres.

L'enjeu de la socialisation secondaire en Soins Infirmiers est donc aussi un enjeu collectif de choix et positionnement du monde infirmier quant à son identité, la spécificité de son point de vue et de sa démarche, et quant à la manière dont ces contenus particuliers sont transmis par les agents de formation.

Selon Dubar (1991) et Sainsaulieu (1987), ce travail d'autonomisation des champs assurant la socialisation secondaire des individus, parce qu'il est porteur d'alternatives dans les modes de pensée et d'action, contient un potentiel de changement social. *"Cette possibilité d'un changement social "réel" - c'est-à-dire non reproducteurs des rapports sociaux et des identités antérieurs - dépend avant tout des relations entre les appareils de socialisation primaire et secondaire, à savoir entre les institutions de légitimation des savoirs "généraux" (de base) assurant la construction des "mondes sociaux" dans l'enfance et les systèmes d'utilisation et de construction des savoirs "spécialisés" légitimant la reconstruction permanente des "mondes spécialisés". (...) De ce fait, les appareils de socialisation primaire (familles, écoles, ...) entrent en interaction avec les appareils de socialisation secondaires (entreprises, professions, ...) provoquant des crises de légitimité des divers savoirs et des transformations possibles des "mondes légitimes". La mutation des systèmes de travail et de production, et plus généralement d'action instrumentale, peut ainsi s'accompagner de socialisations secondaires remettant en cause les hiérarchies et les savoirs de la socialisation primaire, notamment à travers un changement des interactions, rapports sociaux et plus généralement de l'action communicationnelle"* (Dubar, 1991 : 105).

Dans le cas des Soins Infirmiers, cet enjeu du positionnement et du changement se pose, entre autres, pour la question du *rapport au corps* qui nous intéresse particulièrement. Dans le contexte culturel global de l'effacement du corps, les soins infirmiers ne peuvent faire l'économie d'une réflexion et de choix collectifs sur leur propre manière d'envisager le corps. Les stratégies interactionnelles des infirmiers et des infirmières pour assurer les soins au corps révèlent la nature de leur socialisation secondaire, en plus ou moins grande rupture ou continuité avec la socialisation primaire lors de laquelle le principe d'effacement ritualisé a été intériorisé.

L'intériorisation d'un rapport au corps professionnel spécifique permettant les soins est importante au premier chef pour les infirmiers. Mais le monde infirmier n'est pas clos sur lui-même, il est en interaction avec les publics, avec d'autres professionnels. Le rapport au corps intériorisé et actualisé par les soignants peut, s'il est original ou novateur, entrer en concurrence

avec d'autres codes culturels et se diffuser dans l'espace social comme alternative aux représentations et prescriptions que nous avons décrites.

Cette question de la légitimation et la transmission de modes de pensée et d'action spécifiques se pose sans doute plus particulièrement quant au positionnement d'une part par rapport à la logique des soins profanes et d'autre part par rapport à la logique médicale. Ce double mouvement renvoie à la notion de professionnalisation. La compréhension de cette dynamique est essentielle pour comprendre les choix et les logiques du monde infirmier, y compris au plan de la formation.

Nous allons consacrer quelques lignes à exposer ce que signifie la professionnalisation des soins infirmiers, nous attachant spécialement à ses implications en termes de socialisation.

2.3.1 Gros plan sur la professionnalisation des Soins infirmiers

Que les Soins infirmiers, en particulier en Europe, soient engagés dans une logique de professionnalisation, personne ne semble en douter, et même si ce processus est jalonné d'obstacles et de crises, il reste toutefois toujours présenté comme souhaitable (Stinghlamber-Vander Borgh, 1994; Collière, 1982, etc.).

C'est que la notion de *professionnalisation* s'est historiquement construite non seulement comme concept analytique, mais également comme discours idéologique. Le concept de *professionnalisation* naît en sociologie dans le courant fonctionnaliste, où le terme *profession* s'est trouvé paré de vertus morales et fut présenté comme supérieur aux autres formes d'existence et d'organisation du travail rémunéré (Dubar et Tripier, 1998 : 79-80). En raison de ces connotations positives, et des privilèges qui lui ont été associés, la *professionnalisation* reste un idéal de développement pour bien des métiers.

Le courant interactionniste de la sociologie des professions amènera à la fois des critiques du courant fonctionnaliste et d'autres dimensions d'analyse de la professionnalisation. De la confrontation et des réarticulations de ces deux courants ont émergé de nouvelles approches de l'analyse des processus de professionnalisation, mettant davantage l'accent sur les dimensions économiques et politiques du processus; nous ne les aborderons pas ici.

Sans nous attarder sur les avatars du concept même de *professionnalisation*, dont l'histoire tumultueuse a été retracée et synthétisée par Dubar et Tripier (1998) mieux que nous pourrions le faire, nous montrerons que, quelle que soit la perspective adoptée, plutôt fonctionnaliste ou plutôt interactionniste, nous pouvons dégager des hypothèses intéressantes et non contradictoires sur les choix de stratégies pédagogiques en Soins infirmiers.

A. L'approche fonctionnaliste

Nous appuyant sur Dubar et Tripier (1998), nous retiendrons sommairement que les études sur les professions se sont initialement développées dans le monde anglo-saxon, où le terme *profession* (vs *occupation*) reçoit une acception beaucoup plus précise qu'en français. Les fonctionnalistes (Parsons, Merton, Carr-Saunders, Wilson) définissent les professions comme impliquant "une technique intellectuelle spécialisée, acquise au moyen d'une formation prolongée

*et formalisée et qui permettent de rendre un service efficace à la communauté" (Carr-Saunders et Wilson, 1933 : 284, cités par Dubar et Tripiier, 1998 : 75). La qualité du service rendu à la société exigerait "un contrôle scientifique de la formation et un contrôle éthique de la pratique. (...) Les seules vraies professions, selon la terminologie anglo-saxonne classique, sont celles qui contribuent à la régulation et au contrôle de la structure sociale, en mettant en œuvre un ensemble de valeurs spécifiques (universalisme, spécificité fonctionnelle, neutralité affective)" (Paradeise, 2003 : 26). De ce point de vue, il y aurait des critères sociologiques objectifs de caractérisation de certains métiers comme professions qui justifieraient des privilèges sociaux dont la consécration est juridique. On doit aussi au courant fonctionnaliste l'élaboration du concept de *professionnalisation*, que Merton (1957, cité par Dubar et Tripiier, 1998 : 89-90) décrit comme "le processus historique par lequel une activité ("occupation") devient une "profession" du fait qu'elle se dote d'un cursus universitaire qui transforme des connaissances empiriques acquises par l'expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique et évalués de manière formelle, voire incontestable. Certes, la formation spécialisée sert aussi à transmettre et reproduire les règles professionnelles, mais elle le réalise en les justifiant par des savoirs scientifiques".*

Avec cette lecture fonctionnaliste de la professionnalisation apparaît nettement l'importance du développement d'un dispositif de formation institutionnalisé, au plan de ses structures, et donnant le primat à la théorie sur la pratique, au plan de ses contenus. Comme le souligne Bautzer (2000), la professionnalisation modifie ainsi considérablement la formation et le rapport au savoir, séparant le lieu de formation du lieu d'exercice de l'activité, allongeant le temps de formation, et surtout privilégiant les approches théoriques par rapport aux savoirs d'expérience, avec pour conséquence une mise à distance généralisée de la pratique¹⁷. *"L'école, et notamment l'Université, est un des instruments-clés de la professionnalisation. Ce qui disparaît manifestement, avec cette épreuve que constitue la professionnalisation, c'est, en quelque sorte, une certaine forme de "savoir de la pratique". La mise à distance progressive du "terrain" est un des outils essentiels au processus de professionnalisation. Les infirmières l'ont entamé. Comme le montre Petitat (1994), il a fallu plus d'un demi-siècle pour arracher la formation des infirmiers aux contraintes du travail hospitalier" (Bautzer, 2000 : 8-9).*

La professionnalisation des Soins infirmiers conduirait donc, selon le raisonnement fonctionnaliste, au développement de théories en Soins infirmiers, et à leur transmission comme base de la formation au métier, et ce au détriment du partage des compétences acquises empiriquement.

B. L'approche interactionniste

Le courant interactionniste propose une critique radicale de l'approche fonctionnaliste : *"Pour un sociologue tel que Everett C. Hughes, l'affaire est entendue : T. Parsons et ses ouailles se sont fourvoyés. Plutôt que de se demander si telle occupation est une profession, il vaut mieux comprendre dans quelles circonstances les membres d'une occupation tentent de la transformer en profession" (Paradeise, 2003 : 26).*

¹⁷ Notons que ce mouvement est le contraire de la logique individuelle du développement de compétences de l'expert, qui substitue progressivement un répertoire concret issu de l'expérience aux principes théoriques et abstraits du novice.

Les théories interactionnistes intègrent davantage à leur approche les dimensions de trajectoires biographiques des individus dans une profession, ainsi que les relations avec leurs pairs. *"L'étude des biographies individuelles montre que l'activité professionnelle s'inscrit dans la durée, depuis l'entrée dans la vie active jusqu'à l'âge de la retraite. Elle porte un éclairage sur les processus identitaires agissant durant toute la vie active. Selon l'expression de E.C. Hugues, un médecin, cela se fabrique. Ses compétences ne sont pas uniquement techniques ou scientifiques, elles intègrent aussi "une conception de la maladie et de la santé." En incorporant cette culture professionnelle faite de savoirs savants et non-savants, l'identité du médecin se construit"* (Paradeise, 2003 : 30).

Au plan de l'organisation sociale de la profession, le courant interactionniste met l'accent sur la recherche d'autonomie et de contrôle du territoire des activités, et sur l'aspiration à un statut protecteur (Dubar et Tripier, 1998 : 96) : *"les groupes professionnels (occupational groups) sont des processus d'interactions qui conduisent les membres d'une même activité de travail à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie et leur territoire et à se protéger de la concurrence (...). Les groupes professionnels cherchent à se faire reconnaître par leurs partenaires en développant des rhétoriques professionnelles et en recherchant des protections légales. Certains y parviennent mieux que d'autres, grâce à leur position dans la division morale du travail et leur capacité à se coaliser. Mais tous aspirent à obtenir un statut protecteur."*

Selon ce point de vue, le moteur de la professionnalisation devient alors le combat pour la reconnaissance d'une zone d'activité reconnue, réservée à la profession et contrôlée par elle. Cette approche interactionniste ouvre la voie à une sociologie des professions qui étend son raisonnement à tous les métiers, quels que soient leur domaine de pratique, qui s'organisent en acteurs collectifs dans la défense de *"marchés du travail fermés"* (Paradeise, 2003 : 28).

Dans le cas des Soins infirmiers, l'enjeu de la professionnalisation peut être lapidairement défini comme une tentative d'émancipation de la tutelle historiquement exercée par le corps médical, par la construction d'un *"rôle propre"*, avec un maximum d'activités réservées qui échappent au contrôle médical et qui ne sont pas accessibles aux personnels paramédicaux rivaux (kinésithérapeutes, nutritionnistes, etc.) ou moins qualifiés (aides-soignantes, etc.).

On peut s'attendre, au plan de la formation, à une valorisation de la transmission de théories, techniques et pratiques présentées comme spécifiquement infirmières, construisant une démarcation nette avec d'une part les références médicales et d'autre part les savoir-faire concurrents, profanes ou non qualifiés.

C. Une tentative de synthèse

Quelle que soit l'approche adoptée, fonctionnaliste ou interactionniste, nous relevons des principes convergents de la dynamique de professionnalisation sur la formation, en particulier une valorisation d'une formation longue et de type plus théorique, liée à une construction de référents scientifiques spécifiques légitimant une autonomie professionnelle. Mais la confrontation entre ces deux approches nous permet également de pointer des dilemmes et des tensions propres à la professionnalisation dans le champ des Soins infirmiers.

La professionnalisation conduit à la recherche d'autonomie et du *"rôle propre"* en principe distinct et irréductible au point de vue médical. Au niveau du discours idéologique et de la

réflexion des élites, les Soins infirmiers ont choisi comme voie d'entrée la prise en charge holiste du patient, avec une valorisation toute particulière de la dimension relationnelle des soins, plutôt que la prise en charge technique et atomisée de la pathologie propre au point de vue médical. Cette approche spécifiquement infirmière s'appuie sur des tentatives de théorisation et le développement "d'outils de soins" exclusivement infirmiers. Or *"les pratiques de formalisation du soin infirmier (dossier de soin, diagnostic infirmier) ont cependant peu pénétré les services hospitaliers. Les revendications identitaires des infirmières - articulées autour d'une centration sur le soin infirmier- ne sont, de fait, pas partagées par toutes. Elles oscillent entre deux options¹⁸. La première option "techniciste" les rapprocherait du médecin et donc des pathologies. Cette option les reconduit dans la ligne où elles se sont toujours situées "auxiliaires de médecin", mais de plus en plus compétentes sur ce plan, donc valorisées en tant que telles. L'autre option - qui a servi de fer de lance aux revendications de formalisation de pratiques centrées sur le soin infirmier - est de nature relationnelle et centrée sur le patient (le rôle propre) suppose une décentration par rapport aux objectifs les plus valorisés dans les services, et un éloignement relatif de la fonction médicale. Cet éloignement est difficile : l'autonomie à laquelle il est associé est dévalorisante en ce qu'elle rapproche les infirmières de celles qui leur sont hiérarchiquement inférieures, les aides soignantes (...)"* (Bautzer, 2000 : 5-6).

Les tensions peuvent alors être vives entre les lieux de réflexion et de formation, où se développent les théories infirmières alternatives, prônant un rôle propre, et l'hôpital, où les infirmières sont, de fait, dans une situation de dépendance au corps médical et doivent s'en accommoder : *"les infirmières, lorsqu'elles travaillent dans un contexte où le rôle sur prescription est dominant, comme dans l'univers hospitalier, restent sous contrôle médical : c'est la fonction d'auxiliaire du médecin qui prédomine de fait; le manque d'implication dont font preuve les infirmières au sein des services lorsqu'il s'agit de formaliser ce qui est sensé relever de leur rôle propre s'explique tout à fait dans cette perspective . Alors que la hiérarchie infirmière essaie, par le biais d'études, de formations, d'ouvrages, de contrôles, de généraliser la mise en place du dossier de soin, la majorité des infirmières hospitalières résistent à sa mise en œuvre car elle n'est pas valorisée par ceux qui les contrôlent effectivement : les médecins"* (Bautzer, 2000 : 8).

Ce dilemme individuel et collectif est mis en évidence par d'autres auteurs également : *"Professionnaliser le métier apportera-t-il à l'infirmière la reconnaissance qu'elle cherche ? Si certaines infirmières se croient valorisées par l'acte technique et délaissent les soins d'hygiène (eux-mêmes occasions de soins), relationnels, qui reviennent alors aux aides-soignantes, elles augmentent le rapport technicité/valorisation. La dépendance envers le médecin s'accroît. Le rôle infirmier valorisant est dans ce cas interdépendant du rôle médical, et la lutte pour la valorisation entraîne des rapports difficiles à tous les niveaux. (...) Depuis les années soixante, l'infirmière cherche une autonomie. Les propos d'Antoinette Chauvenet (1973 : 163) peuvent paraître excessifs lorsqu'elle écrit que "la recherche d'une autonomie professionnelle justifiant la spécificité du "geste infirmier" si elle libère l'infirmière de sa dépendance vis-à-vis du médecin, la prive par-là même de toute perspective de valorisation sociale." Si la valorisation sociale reste liée à la dépendance médicale, la recherche d'une autonomie dans l'indépendance est donc un leurre. Face à l'affirmation des textes d'un rôle propre et d'un rôle sur prescription, l'infirmière est confrontée à une double contrainte telle que décrite par Bateson"* (Lhez, 1995 : 170-171).

¹⁸ Souligné par nous.

La professionnalisation des Soins infirmiers se trouve donc face à un dilemme : faut-il abandonner l'objectif de l'autonomie, pour conserver la valorisation offerte "par procuration" dans le sillage des médecins (et plus généralement par la référence au modèle cartésien dominant sur l'homme, le corps et la maladie), ou renoncer (au moins temporairement) à la valorisation sociale, développer dans l'ombre une réelle approche alternative du corps et des soins en pariant sur l'avenir ? La première voie, plus confortable peut-être à court terme, paraît pourtant moins intéressante : elle prive les infirmiers du choix de leur devenir et les enfonce dans une approche techniciste du patient que la médecine elle-même aujourd'hui commence à remettre en question. L'avenir est-il d'essayer d'imiter les médecins sur un projet qui montre déjà ses limites ? Si le monde médical et paramédical cherche de nouvelles marques dans la conception de la santé, des soins et des patients, les infirmiers et infirmières ont certainement plus à apporter au débat en précédant les médecins plutôt qu'en les suivant. Des initiatives se développent d'ailleurs en ce sens, surtout dans des domaines tels que la gériatrie, l'aide à domicile, les soins palliatifs. Dans ces domaines, les soins de base s'imposent comme prioritaires par rapport aux soins techniques curatifs. Moins "intéressants" et donc moins investis médicalement, les infirmiers y ont de fait une plus grande marge de manœuvre. Porter le changement signifie aussi développer des partenariats avec d'autres acteurs paramédicaux, les kinésithérapeutes, les aides-soignants, les assistants sociaux, etc. et investir dans la formation, soutenir les jeunes générations dans une socialisation moins facile parce qu'allant à contre-courant des habitudes. C'est là l'enjeu d'une professionnalisation et d'une socialisation secondaire porteuse de changement social au sens que lui donnent Dubar et Sainsaulieu.

2.3.2 Conclusion intermédiaire

Le mouvement de la profession semble actuellement hésiter entre le décalque de la logique scientifico-technique avec pour modèle la médecine et l'affirmation d'une approche moins objectivante du patient et de soins et orientée vers une prise en charge plus globale, plus diversifiée et plus personnalisée. Cette dynamique intéresse notre réflexion parce qu'elle a nécessairement des répercussions sur la formation.

D'après les théories tant interactionnistes que fonctionnalistes, la professionnalisation se construit de manière importante au travers de la formation des professionnels et se traduit dans la mise à distance des savoirs d'expérience au profit d'une formation plus théorique, plus formalisée et plus transmissive.

En termes de méthodes, un premier défi se pose donc au monde infirmier, tenté par son objectif de professionnalisation d'augmenter la part offerte aux théories et concepts abstraits, alors que les modèles du développement de compétences plaident pour une pédagogie axée sur le rôle toujours plus important du savoir d'expérience. Une synthèse complexe est à trouver entre la formalisation de la formation au métier, le renforcement de la maîtrise de savoirs communs, spécifiques, universels et légitimés qui caractérisent le professionnel et la valorisation de la connaissance issue de l'expérience concrète individuelle qui caractérise l'expert.

Quand bien même le monde infirmier réussirait cette articulation dans les processus de formation, il se trouverait encore face au dilemme du contenu de la formation. En ce qui concerne en particulier le rapport au corps et au patient, les Soins infirmiers peuvent se couler dans le modèle culturel dominant, se démarquant peu du modèle médical : la socialisation des nouveaux infirmiers sera finalement peu secondaire, puisqu'en presque complète continuité avec leurs intériorisations primaires. L'alternative est de proposer une réflexion et une approche

réellement novatrice du corps et du patient, fondant un point de vue et une démarche infirmière spécifiques. La difficulté est alors de légitimer ce référent et les pratiques qui l'accompagnent. La socialisation secondaire des recrues, si elle s'en trouve enrichie, s'en trouve aussi complexifiée, car il s'agit de les former en rupture avec leurs réflexes culturels concernant le corps. Le succès de cette alternative, tant au plan de la formation individuelle que du développement collectif, implique un travail important de réflexion, de négociation et de coordination entre les différents acteurs de la formation, les enseignants et les infirmiers à propos de leur conception du rôle infirmier. Si la l'école et l'hôpital ne sont pas sur la même longueur d'ondes, comment une nouvelle pratique peut-elle se déployer ?

Valorisation de l'approche théorique ou valorisation du savoir d'expérience ? Continuité avec le modèle culturel dominant ou tentative d'alternative par rapport à la culture ambiante ? Ces deux questions guideront aussi notre analyse de la formation.

2.4 Synthèse des apports théoriques

Au début de ce travail, notre question initiale se formulait de manière fort générale : *"Quels sont les processus de socialisation corporelle secondaire en Soins infirmiers ?"*.

Le détour que nous avons proposé par les trois apports théoriques, autour des concepts de **corps**, de **compétence** et de **professionnalisation** nous permet de passer à une problématique à la fois plus articulée et plus opérationnelle.

Nous venons de poser des jalons qui nous permettent de décrire et d'analyser la trajectoire des apprenants dans l'acquisition progressive de *compétences*, en observant leurs interactions avec l'environnement pédagogique qui leur est offert. Comment l'intériorisation de nouveaux usages de leur corps, en particulier en interaction avec le corps d'autrui font petit à petit d'eux des infirmiers ? Comment incorporent-ils une identité infirmière, au travers de l'acquisition de savoir-faire spécifiques au métier et/ou réalisés selon des modalités propres aux infirmiers ?

Au-delà d'un contexte de choix pour l'analyse des processus individuels d'acquisition de compétences, la formation est aussi un observatoire privilégié de la dynamique infirmière collective.

La profession infirmière est en mouvement. Dans un contexte culturel qui entoure le corps de silence et de tabou et face à la médecine qui impose sa logique de fonctionnement, les infirmiers cherchent un rôle, une place qu'ils veulent autonome et valorisante. Cette place se définit entre autres par la manière dont la profession construit son rapport au patient, à son corps. Ce positionnement suppose de penser la spécificité des Soins infirmiers non seulement au plan de leur efficacité instrumentale mais aussi au plan de leur spécificité expressive : au travers de la manière d'agir comme infirmier, au travers de chaque soin, qu'expriment les infirmiers à propos de l'homme, de son corps, de ce qu'est soigner ?

Les choix de professionnalisation se traduisent nécessairement dans les dispositifs de formation. Nous les lisons dans les contenus des cours et les compétences privilégiés dans l'enseignement, dans les modalités de la formation, des évaluations, dans les rôles des différents acteurs de la formation, etc.

Par la socialisation en contexte scolaire, ce sont donc les choix actuels de la profession qui s'expriment et ceux de l'avenir qui se préparent; ce sont des individus qui se forment et une profession qui s'affirme.

Pour comprendre ces processus complexes et intriqués, un travail empirique est nécessaire. Il nous faut regarder, écouter, observer ce qui se passe sur les lieux de formation, entendre l'expérience que vivent les différents acteurs de la formation et en extraire les logiques.

Les pages qui suivent situent les choix méthodologiques de cette démarche : comment nous nous y sommes pris pour traduire nos questions de recherches dans un schéma de collecte et d'analyse des données réaliste et cohérent.

3 La méthode de recherche et les lieux d'observation

3.1 Orientations générales

3.1.1 Une démarche de "théorisation ancrée"

Par rapport aux processus de socialisation dans la formation en Soins infirmiers, nous avons au départ de notre travail plus de *questions* que d'*hypothèses*. Une étape importante de description et de compréhension des processus a précédé l'analyse proprement dite. Notre travail de recherche est donc en grande partie inductif. Les conclusions particulières et les généralisations éventuellement possibles sont avant tout élaborées au départ de la rencontre systématique et intensive avec les contextes de formation.

Dans cette optique, nous nous plaçons dans la perspective de recherche initiée par A. Strauss et qui fait école sous le nom de *théorie ancrée* (grounded theory).

- Une perspective interactionniste à deux niveaux d'analyse.** La théorie ancrée, qui s'inscrit dans le paradigme interactionniste, interroge au premier chef les interactions entre les acteurs sociaux au niveau le plus local ("le contexte proche"), mais aussi la structure macro-sociale dans laquelle ces interactions prennent place, en déterminant les contraintes et les possibles ("le contexte large", c'est-à-dire les *"conditions globales et générales qui pèsent sur l'action et les stratégies d'interaction comme le temps, l'espace, la culture, le statut économique, technologique..."* (Strauss, Basic of qualitative research, p.10, cité par Baszenger, 1992 : 12)). *"C'est ce concept d'action accompagnée de son environnement structurel (les contextes) qui signe la spécificité de l'approche interactionniste développée par Strauss..."* On trouve, toujours présente, une volonté constante de joindre le niveau de l'acteur individuel et les microprocessus sociaux d'une part (...), et le niveau macro-social, structurel qui pèse sur les conditions de l'action d'autre part" (Baszanger, in Strauss, 1992 : 11). Nous rejoignons cette approche, puisque selon nous, les processus de socialisation secondaire en Soins infirmiers ne peuvent s'analyser que conjointement au plan de ce qui se passe concrètement entre enseignants, infirmiers et élèves sur les lieux de formation et également au plan des enjeux du rôle infirmier dans le contexte plus macro-social de sa professionnalisation (dimensions historique, économique, sociale, etc.). Dans la suite de ce travail, ces deux niveaux d'analyse seront articulés.
- Une logique inductive qui part des faits.** Une autre caractéristique fondamentale de la théorie ancrée qui nous paraît importante à mettre en œuvre dans notre démarche de recherche est son caractère inductif. *"Selon la description de Glaser et Strauss (1967), un des principes fondamentaux de la théorie ancrée est qu'elle permet de bâtir une théorie à partir des faits. C'est une façon de faire émerger une théorie qui part de constatations faites à partir de situations réelles et naturelles. En ce sens, c'est un genre de théorie très pur car il ne présuppose pas de perspective particulière pour envisager un problème"* (Lawler, 2002 : 28-29). Comme nous le détaillons plus loin, notre démarche est de nous immerger dans la formation en Soins infirmiers, d'essayer d'y

développer une observation attentive et diversifiée. Ce n'est que progressivement que le travail d'interprétation et d'analyse pourra se déployer. Les phases de collecte de données et de leur analyse alternent sans a priori dans notre démarche. *"Dans la théorie ancrée, l'analyse des données est un processus continu - elle est inductive, ce qui explique que la théorie n'est jamais achevée : plus on analyse et vérifie les données, plus la théorie se précise."* (Lawler, 2002 : 31). Le choix de notre mode de travail reste tangible dans la rédaction du texte où descriptions narratives et éléments de théorisation se nourrissent réciproquement, sans que l'un prenne le pas sur l'autre, jusqu'aux conclusions finales.

3.1.2 Une recherche "en contexte naturel"

La triple perspective théorique que nous avons choisie nous conduit à une méthode qui se déploie dans un environnement naturel non manipulé. Nos questions de recherche s'évanouissent d'elles-mêmes si nous tentons de les traiter dans un cadre expérimental ou uniquement au travers d'enquêtes et d'interviews en marge de la formation.

Le concept de *compétence* est par définition disciplinaire et contextualisé; on ne peut analyser les dispositifs de formation en dehors du contexte social de *professionnalisation* infirmière; enfin, le phénomène même de *l'incorporation* ne peut être appréhendé avec une quelconque validité scientifique si on isole les conduites du contexte qui leur donne sens : on ne peut sortir pas un poisson de l'eau pour comprendre comment il nage. *"Celui qui possède une maîtrise pratique, un art, quel qu'il soit, est capable de mettre en œuvre, dans le passage à l'acte, cette disposition qui ne lui apparaît qu'en acte, dans la relation avec une situation (il saura refaire, autant de fois que la situation le demandera, la feinte qui s'impose à lui comme la seule chose à faire (...)). L'idée de logique pratique, logique en soit, sans réflexion consciente ni contrôle logique, est une contradiction dans les termes, qui défie la logique logique. Cette logique paradoxale est celle de toute pratique, ou mieux, de tout sens pratique : happé par ce dont il s'agit, totalement présente au présent et aux fonctions pratiques qu'elle y découvre (...). Le fait que le sens pratique ne peut (sauf entraînement spécial) fonctionner à vide, en dehors de toute situation, condamne à l'irréalité toutes les enquêtes par questionnaire qui enregistrent comme des produits authentiques de l'habitus des réponses suscitées par des stimuli abstraits de la situation d'enquête, artefacts de laboratoires qui sont aux réactions en situation réelle ce que les rites folklorisés, accomplis à l'intention des touristes (ou des ethnologues), sont aux rites imposés par les impératifs d'une tradition vivante ou l'urgence d'une situation dramatique"* (Bourdieu, "Le sens pratique", 1980 : 152-154).

Notre travail ne conserve de sens que dans la mesure où nous acceptons de composer avec le caractère complexe des contextes authentiques, le cas échéant en identifiant les zones floues et les limites d'intelligibilité liées à l'absence de contrôle des situations observées.

3.1.3 Une étude longitudinale

Par définition, une étude de processus suppose d'enregistrer des données de manière étalée dans le temps. Si la démarche est compréhensive, il faut une approche du terrain qui dépasse les prises de données ponctuelles.

L'ensemble du processus de formation, au sens scolaire, compte trois ans, et au sens du modèle de Dreyfus, met encore plusieurs années de pratique professionnelle pour atteindre l'excellence. Dans la mesure où les travaux consultés sur l'acquisition de compétences professionnelles en Soins infirmiers se centrent généralement plus sur les stades avancés (processus d'excellence) que sur le B-A BA des processus d'apprentissage, la réalisation d'une étude détaillée et précise sur les incorporations précoces nous semble plus pertinente.

Concrètement, nous avons donc choisi de passer une année complète (année académique 99-00), à mi-temps environ¹⁹, parmi les étudiants d'une classe de première année en Soins infirmiers. Nos données couvrent donc toute la première année de formation des jeunes infirmiers. Il faut considérer que le stade *compétent* ou *expert*, c'est-à-dire celui qui correspond à une incorporation totale de l'apprentissage au sens le plus littéral ne s'acquiert qu'au terme d'un apprentissage et d'une "exercisation" de plusieurs années. Dans le cas qui nous occupe, nous ne pouvons donc prétendre, en observant la première année rendre compte du processus complet d'incorporation. La recherche porte donc essentiellement sur les stades *novice/débutant*, i.e. l'initiation du processus d'incorporation.

3.1.4 La nature des données

Pour le cœur de notre étude, l'observation semi-participante nous paraît la méthode à privilégier. Une présence intensive sur le lieu de formation est la condition sine qua non pour arriver à la familiarité que requiert l'étude de phénomènes microsociologiques : seul un approvisionnement patient des situations et des personnes donne les clefs de compréhension d'un univers, de ses habitudes, y compris dans ses non-dits. L'observation est importante également car, à la différence de l'interview, elle permet de recueillir des informations qui ne passent pas par la médiation langagière des acteurs. Cela nous semble fondamental dans le cadre de questions portant sur le corps. La description ethnographique des séances de cours et des stages de toute l'année scolaire, soutenue par l'enregistrement vidéo constitue l'essentiel de notre matériau d'analyse.

Pour des raisons matérielles évidentes, il n'était pas possible de participer aux activités de formation des trois classes que compte la première année de formation de l'Ecole. Un choix s'imposait donc quant à la classe sur laquelle notre investigation allait porter de façon préférentielle, et plus tard pour la sélection des quelques étudiants suivis intensivement en stage.

Les choix ont été effectués sur la base des contraintes internes à l'école, sur la base du profil sociodémographique des étudiants de chacune des trois classes (recueilli par questionnaire) et surtout sur l'obligation déontologique de travailler sur une base volontaire, tant du point de vue des enseignants que des étudiants. C'est la "*classe B*" qui a été retenue. L'observation et la participation aux cours et aux stages ont été négociées avec chaque enseignant, les étudiants de la classe et les unités de soins (pour les stages), au cas par cas. Nous n'avons pas essuyé de refus. Après quelques semaines de familiarisation, notre présence s'est fondue dans le fonctionnement habituel de la classe. Notre présence comme observateur a certainement

¹⁹ J'ai suivi avec les étudiants la totalité des cours de Soins infirmiers, y compris les séances de travaux pratiques (c'est-à-dire l'ensemble des cours *enseignés par des infirmiers aux infirmiers*), et j'ai passé également 8 semaines en stage hospitalier.

parfois influencé certains aspects des processus de formation : nous rapporterons ces "incidents", le cas échéant, lors de nos analyses.

En ce qui concerne plus précisément l'observation de périodes de stage, la dispersion des étudiant(e)s entre une douzaine de services hospitaliers nous a contraint à constituer un petit échantillon raisonné au sein de *la classe B*. Dans un premier temps, nous avons retenu cinq étudiants volontaires, représentatifs des différents profils de la classe (nous avons tenu compte du sexe des étudiants, de leur nationalité, de leurs études antérieures). Ce nombre permet d'accompagner chaque étudiant au moins une journée entière par semaine en stage. L'une des étudiantes ayant abandonné ses études à la suite de la première période de stage, nous l'avons "remplacée" pour la suite des observations par une autre étudiante volontaire. En plus de l'observation participante hebdomadaire, pour chacun de ces étudiants (à l'exception de l'étudiante défaillante), nous avons procédé à des interviews encadrant les moments de stage. Les objectifs et les conditions de réalisation de ces quatre séries d'interviews sont détaillés en introduction de la partie relative à l'analyse des stages.

3.1.5 Récapitulatif du calendrier du recueil de données et nature des données recueillies

Pour nous résumer, au cours de l'année 99-00, en se coulant dans le rythme du calendrier académique, les données suivantes ont été récoltées :

Septembre 99 :	questionnaire auprès de tous les étudiants (144) inscrits en première année.
Septembre 99 à décembre 99 :	participation aux cours (notes d'observation), enregistrement vidéo de toutes les séances de cours pratiques (groupe de 25 étudiants).
Décembre 99 :	accompagnement de 5 étudiants volontaires lors du 1 ^o stage en milieu hospitalier. Interviews ex-ante/ex post et observation participante.
Janvier 00 :	enregistrement des notes aux examens partiels.
Janvier 00 à avril 00 :	participation aux cours (notes d'observation), enregistrement vidéo de toutes les séances de cours pratiques.
Avril 00 :	accompagnement de 5 étudiants volontaires lors du 2 ^o stage en milieu hospitalier. Interviews ex-ante/ex post et observation participante.
Mai 00 :	participation aux cours (notes d'observation), enregistrement vidéo de toutes les séances de cours pratiques.
Juin 00 :	enregistrement des notes aux examens terminaux.

3.2 Notre terrain d'accueil : l'Institut H.A.P.P.I.

Pour le lecteur non-initié, une synthèse des caractéristiques générales de l'enseignement des Soins infirmiers en Communauté française de Belgique est placée en Annexe I.

Les paragraphes qui suivent précisent l'environnement la Haute Ecole partenaire de la recherche.

Dans la suite du texte, pour des raisons de garantie d'anonymat et de confidentialité, nous appellerons "Institut HAPPI" la section paramédicale de la Haute Ecole qui a accepté de collaborer à cette recherche.

En guise de points de repères, indiquons simplement que la Haute Ecole à laquelle appartient cette catégorie paramédicale fait partie d'un réseau d'enseignement non confessionnel. Il s'agit d'une section de taille moyenne (chaque année, elle accueille entre 100 et 150 étudiants en première année). L'Ecole n'est pas liée à un centre hospitalier universitaire, ne participe pas à un projet-pilote de formation ou un autre projet de recherche au moment où nous réalisons notre étude.

Son recrutement ne présente pas non plus de caractère particulier. Nous en avons d'ailleurs vérifié la représentativité par un questionnaire administré à tous les étudiants de première année lors de la rentrée académique. Ce questionnaire recueille des informations sociodémographiques sur les étudiants, ainsi que leurs représentations et motivations par rapport au métier en début de formation. L'analyse des réponses des étudiants corrobore les résultats que l'on peut trouver dans d'autres analyses similaires (le détail de l'analyse du questionnaire figure en Annexe II).

L'organisation de l'enseignement à l'Institut H.A.P.P.I. est classique.

L'effectif de première année est réparti de manière aléatoire en trois classes. Ces trois classes fonctionnent en parallèle tout au long de l'année.

L'enseignement théorique s'organise par classe (avec des enseignants partiellement différents). Chacune des classes se divise en deux demi-classes pour les séances de travaux pratiques, qui se déroulent donc en groupes d'une vingtaine d'étudiants.

En ce qui concerne la formation clinique (les stages), 2 périodes de 4 semaines de stage sont prévues pour chaque classe. En première année, chaque étudiant(e) preste un stage de 4 semaines dans un service hospitalier de médecine et un stage de 4 semaines dans un service hospitalier de chirurgie²⁰. Notons au passage qu'en première année, les étudiants ne prestent aucun stage en maternité, ni en pédiatrie, ni aux urgences, ni aux soins intensifs, ni en cancérologie : somme toute, ils ne rencontreront que des malades "ordinaires". Nous y reviendrons par la suite. Pour ces stages, les étudiants sont répartis entre de multiples services de trois hôpitaux différents. Ces hôpitaux sont assez différents entre eux : une clinique privée (nous l'appellerons "la Clinique"), un centre hospitalier régional d'une ville importante (nous l'appellerons "le CHR"), un hôpital plus petit, dépendant d'une intercommunale d'une zone plus provinciale et socio-économiquement plus défavorisée (nous l'appellerons "l'Hôpital de A.").

Ni pire ni meilleure qu'une autre, la banalité de l'Institut H.A.P.P.I. est une vertu en termes scientifiques : nous pouvons raisonnablement considérer, au moins à titre d'hypothèse, que nos analyses concernant cette Ecole supportent, toutes autres choses égales par ailleurs, un certain degré de généralisation.

A ce stade du travail, nous avons présenté la problématique à laquelle nous nous attachions et nous avons précisé nos questions de recherche par différents apports théoriques. Nous avons ensuite exposé quelles étaient les démarches méthodologiques adoptées pour tenter d'apporter des réponses à ces questions. Nous avons enfin présenté le contexte concret dans lequel la recherche prend place, en décrivant l'Ecole et ses étudiants de première année. Le décor est

²⁰ Ainsi qu'un stage d'une semaine dans une maison de repos, nous n'en parlerons pas dans ce travail.

planté, nous pouvons passer à présent à la présentation de nos observations et analyses des processus de socialisation corporelle secondaire.

4 Les processus de socialisation

Nous entrons à présent dans le cœur de notre travail.

Cette quatrième partie rapporte les analyses détaillées et systématiques des observations que nous avons effectuées dans les différents contextes de formation dans lesquels baignent les élèves de première année.

Les cours théoriques, puis les séances de travaux pratiques, et enfin les stages, chaque facette de la formation est présentée du point de vue des processus de socialisation corporelle secondaire qu'elle actualise.

La structure même de la rédaction de cette partie de l'analyse est une indication de ce que nous avons observé à propos du déroulement des processus de socialisation. Notre travail de recherche, dont l'objet est l'analyse des processus se déroulant dans le temps, fondait beaucoup d'hypothèses sur l'alternance de périodes de cours et de périodes de stage. Le projet de rédaction initial prévoyait donc une présentation selon la logique chronologique des apprentissages (cours/stage/cours/stage/cours), avec une mise en évidence des transformations associées à l'enchaînement de différents contextes de formation. Nous montrerons que les articulations entre les deux contextes d'apprentissages se sont montrées faibles à l'analyse. Si les représentations implicites du corps et du soin sont en grande partie communes entre l'école et l'hôpital, au plan de la synergie des dispositifs d'apprentissage, il y a peu à dire.

La logique chronologique perdant sa pertinence, nous avons donc résolu de présenter la formation par types de dispositifs d'apprentissage, indépendamment de la période de l'année où ils prennent place²¹.

L'analyse systématique des processus de socialisation est ainsi présentée dans les pages qui suivent selon un découpage entre plusieurs modalités d'enseignement. Ce découpage correspond à un regroupement des enseignements selon les contenus et/ou les dispositifs pédagogiques des différents éléments de la formation.

Nous présentons tout d'abord ce qui concerne le cadre institutionnel de la Haute Ecole et en particulier les procédures d'admission aux études (4.1).

Ensuite, vient l'analyse des cours que nous appelons "théoriques" (4.2), au sens où leur point commun est d'être dispensés dans une salle de cours classique, au groupe-classe complet. A priori, ces cours ne donnent pas lieu à des mises en jeu du corps.

Troisièmement, nous présentons les séances de travaux pratiques, les cours de secourisme et de manutention, que nous rangeons sous le terme générique de "cours pratiques" (4.3). Ces cours sont tous donnés en demi-groupes dans des locaux spécifiques, avec une tenue particulière; ils supposent d'emblée des mises en jeu du corps.

Enfin, nous nous intéressons à l'enseignement clinique (4.5), c'est-à-dire aux stages.

²¹ Des repères temporels sont toutefois communiqués au lecteur lorsque cela s'avère pertinent.

4.1 Le cadre institutionnel : procédure d'admission

Notre analyse commence par une réflexion sur le cadre général de la formation. Pour ce faire, nous nous sommes penchée sur un des éléments d'organisation institutionnelle : le règlement²² de l'école. Nous y avons relevé plusieurs aspects liés à la socialisation corporelle. Certains aspects concernent directement les cours dispensés à la Haute École, nous les présentons ci-dessous, d'autres aspects concernent davantage les stages, nous y reviendrons plus loin.

Pour être tout à fait complet dans l'étude des processus de socialisation, nous devons situer leur extrême amont avant même la rentrée académique, dans les procédures d'inscription à la formation.

Le règlement de la Haute École précise les documents qui doivent figurer dans le dossier d'admission aux études en soins infirmiers.

En plus du formulaire "Inspection médicale scolaire" et de l'épreuve de sensibilité à la tuberculine qui sont exigés pour toutes les sections de la Haute École, le dossier médical scolaire de la section paramédicale comprend également *"les résultats postérieurs au 1^o juin de l'année en cours*

- *d'un examen microscopique d'urines*
 - *d'un examen hématologique complet*
 - *du groupe sanguin*
 - *de la glycémie*
 - *des tests hépatiques*
 - *de la sérologie (AgHBS, AcHBS, AcHBC, rubéole)*
- et une attestation médicale certifiant l'aptitude à la profession".*

Cette procédure d'admission nous inspire plusieurs commentaires :

A coté de la mobilisation cognitive et morale (un certificat de bonnes vie et mœurs est exigé également) traditionnellement attendue dans les études supérieures et les métiers auxquels elles forment, ces exigences soulignent l'importance et l'immédiateté de la mobilisation corporelle dans le cadre de la profession infirmière.

Le règlement ne précise pas quels résultats particuliers les tests doivent mentionner pour que la personne soit admise aux études. Vraisemblablement ces résultats ont surtout valeur de repère, en cas d'éventuel accident lors des stages. L'enjeu des examens médicaux ne se situe pas tant au niveau des caractéristiques des corps examinés, mais dans l'idée *de se soumettre à une procédure d'examen corporel*. Dès la procédure d'admission, le futur étudiant accepte sur son corps un certain contrôle institutionnel.

C'est à un médecin que revient la responsabilité de délivrer le certificat d'aptitude à la profession, comme si le corps infirmier déléguait symboliquement l'élection des candidats à la profession au corps médical. Nous reviendrons à d'autres reprises sur cette *hétérodétermination de la profession*. Mais nous pouvons déjà souligner ici que de cette manière,

²² Ces réflexions se basent sur des documents officiels, donc applicables à tous les étudiants. Dans les sections ultérieures, nous évoquerons nos observations sur une classe ou une partie d'une classe en particulier (cf. partie méthodologique, supra).

c'est le paradigme médical qui s'applique en premier lieu au corps du futur infirmier : le corps de l'élève est paramétré selon les procédures et critères de la logique médicale. Dans cette première étape, l'élève infirmier est assimilé à un patient : il subit le même type de procédures, d'examens. Les regards médicaux sur l'infirmier et sur le patient sont de ce point de vue homologues.

On peut imaginer qu'un certain nombre de "postulants" passe l'ensemble des examens médicaux demandés pour la procédure d'admission, et se voit refuser le certificat d'aptitude à l'issue du processus. Mais il est vraisemblable que cette sanction négative a posteriori soit finalement plutôt rare.

La profession infirmière véhicule dans l'imaginaire collectif une vision fortement stéréotypée (ce stéréotype est tangible, entre autres, dans les attributs toujours identiques qui constituent les "panoplies d'infirmières" destinés aux enfants, dans la présentation de l'infirmière dans les fictions, romans à l'eau de rose, série de type "Urgence", films pornographiques, etc.). Au point de vue corporel, un infirmier, c'est surtout une infirmière, et, cela va de soi, qui dispose de toutes ses facultés sensori-motrices. Tout se passe comme s'il était difficile, symboliquement, d'imaginer qu'un individu "non pleinement sain" puisse être un des rouages de la mécanique de la restauration du "sain". Seul un corps parfaitement sain a sa place dans le monde des soignants.

Dans ce contexte, nous faisons l'hypothèse que les futurs infirmiers anticipent largement les exigences de la profession en matière de normes physiques, et que seuls les étudiants qui se sentent subjectivement suffisamment "conformes" à la représentation dominante entament les procédures d'admission. Une forme plus ou moins conscience d'auto-sélection rend improbable le démarrage de la procédure d'admission pour les individus qui présentent l'une ou l'autre "anormalité" corporelle.

Entre d'un côté, le refus d'inscription dûment constaté, et de l'autre l'autoexclusion totale figure toute la gamme des sélections et pressions plus implicites. Prenons, pour exemple, le cas de Nicolas, chez qui on détectera, en cours d'année, à l'occasion de tests médicaux dans un tout autre contexte, un problème lombaire. Le message qu'on lui énoncera signifie en substance : *"Bien sûr, nous ne pouvons vous interdire de poursuivre vos études pour ce motif, mais un jour ou l'autre, vous devrez arrêter ce métier. Vous faites ce que vous voulez, mais ne serait-il pas plus judicieux de vous réorienter tant qu'il en est encore temps ?"*. Cet événement influencera fortement la motivation de Nicolas à ce moment de l'année (longue période d'hésitation sur l'abandon des études), au point de constituer indirectement un des facteurs de son échec.

On observe ainsi que cette logique d'autoexclusion sort ses effets tout au long de la formation : prenons aussi pour illustration le cas de Véronique, épileptique, qui vivra toute l'année dans la hantise d'une crise survenant pendant les cours ou pire, pendant les stages. Une crise signifierait irrévocablement, à ses yeux, l'arrêt de sa formation.

La mise en évidence de ce mécanisme de sélection n'est pas une découverte majeure, et ce mécanisme n'est d'ailleurs pas propre à la profession infirmière. Nous n'entrerons donc pas davantage dans les détails de la description de son fonctionnement. Toutefois, il entraîne, dans ce contexte précis, la consolidation d'une dynamique reproductrice, à la fois matériellement et symboliquement du corps collectif infirmier²³, car il tend vraisemblablement à évincer de la

23 Dans le même ordre d'idées, le corps professoral infirmier de l'Ecole comprend une enseignante atteinte d'un handicap physique manifeste (lié aux séquelles d'une maladie évolutive). Ceci pourrait amener une

formation les personnes dont le physique s'écarte le plus du modèle culturel de l'infirmière. La diversité corporelle (handicap physique, look excentrique, etc.) est vraisemblablement réduite dans la population des étudiants en nursing. Nous appelons normalisation cette tendance à exclure, réduire, atténuer ou occulter la variance des attributs corporels des individus d'un groupe.

certaine dissonance dans la représentation collective de l'infirmière, au moins auprès des étudiants. Toutefois, cette "ouverture" est minimisée par le fait que cette infirmière-enseignante effectue désormais des tâches d'enseignement et d'administration, mais plus d'encadrement de stage. Finalement, cette évolution de sa carrière professionnelle conforte la représentation dominante plutôt qu'elle la révisé.

4.2 Les cours théoriques

Plongeons-nous à présent dans le contenu des cours dispensés aux élèves.

Pendant toute l'année académique 99-00, nous avons suivi et observé la quasi-totalité des cours de Soins infirmiers, dispensés par les professeurs-infirmiers²⁴.

Il s'agit, pour les cours théoriques des cours suivants : Hygiène Hospitalière (HH); Soins Infirmiers (analyse des 14 besoins de l'être humain); Santé Mentale (SM); Principes Généraux des Soins Infirmiers (PGSI); Soins aux Mères et Nouveau-nés (M-NN); Soins aux Personnes Agées (PA); Soins aux Mourants.

Les cours théoriques utilisent principalement le langage comme vecteur d'enseignement. Les corps ne sont que rarement mobilisés de manière directe. C'est donc essentiellement au plan de la construction de la représentation du corps du patient et du corps du soignant que l'on peut s'attendre à un impact de ces cours en termes de socialisation corporelle.

Nous commencerons par présenter les référents théoriques qui à la fois sous-tendent l'enseignement des Soins infirmiers et l'organisent concrètement. Il s'agit du modèle de Virginia Henderson et de la typologie des Diagnostics Infirmiers. Viendront ensuite les autres cours de Soins infirmiers analysés.

4.2.1 Les référents théoriques : le modèle de Virginia Henderson : un modèle anthropologique organisateur

La Haute Ecole qui a accepté de participer à notre recherche organise la majorité des enseignements relevant de l'art infirmier autour du modèle de Virginia Henderson. Ce modèle à la fois *structure* le cursus de formation en Soins infirmiers en première année et en fournit le *contenu*. Ce modèle constitue donc une référence majeure de la formation dans cette Ecole, qui s'est d'ailleurs investie dans la rédaction et l'édition d'un document pédagogique basé sur la théorie de Virginia Henderson²⁵. L'intérêt de l'analyse des implications pédagogiques du modèle Henderson dépasse toutefois largement le contexte particulier de la Haute Ecole observée. Cette Haute Ecole peut apparaître comme un exemple extrême de l'usage du modèle Henderson en formation, mais il n'en reste pas moins que les travaux d'Henderson sont toujours actuellement un pilier de la culture infirmière, tant dans les pays anglo-saxons que francophones, et qu'à des degrés divers, beaucoup d'Ecoles de Soins infirmiers, en Belgique²⁶ mais pas seulement, s'en inspirent encore dans leurs enseignements. *"Virginia Henderson a été la première à formaliser ce type de grille d'évaluation des capacités du patient. Cet outil concret*

²⁴ Sont donc exclus de nos analyses les cours enseignés par des professeurs d'autres disciplines du domaine médical (biologie, anatomie, physiologie, génétique et embryologie, bactériologie et virologie, pathologie générale et spéciale, pharmacologie et nutrition) et du domaine des sciences humaines (anthropologie et sociologie, psychologie, droit et législation, administration et économie de la santé).

²⁵ Pour l'analyse de ce modèle, nous nous référons à la présentation qui en est faite aux élèves via la plaquette que l'Ecole a publiée et qui sert de base aux enseignements (*"Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain"*, De Boeck, 1989, réédité en 2000).

²⁶ La brochure rédigée par l'Ecole a été éditée pour la première fois en 1989, cette version a connu quatre tirages, avant d'être rééditée en 2000, ce qui indique l'importance de sa diffusion.

et facilement utilisable est généralisable à tout individu, ce qui explique en grande partie sa prédominance en tant que modèle de référence de l'enseignement des soins infirmiers" (Bautzer, 2000 : 17).

Nous analyserons ici successivement le contenu intrinsèque du modèle puis l'usage qui en est fait en contexte de formation.

A. Le modèle Henderson

• Quatorze besoins universels

Dans les années 50', V. Henderson, infirmière américaine, propose une systématisation des activités infirmières en un cadre d'analyse dit "des 14 besoins de l'être humain". *"Selon la conception de Henderson, les soins infirmiers concernent l'aide apportée aux personnes malades ou en santé dans l'exécution des activités liées à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Ces personnes pourraient accomplir ces activités sans aide si elles possédaient la force, la volonté ou les connaissances nécessaires (Henderson et Nite, 1978). Le but de la profession infirmière est donc de conserver et de rétablir l'indépendance du client de sorte qu'il puisse satisfaire lui-même ses besoins fondamentaux (Adam, 1991; Henderson, 1964)"* (Kérouac, Pépin, Ducarme, Duquette, Major, 1994 : 28).

Pour mémoire, ces besoins sont :

B1 = besoin de respirer	B8 = besoin d'être propre et de protéger ses téguments
B2 = besoin de boire et de manger	B9 = besoin de sécurité
B3 = besoin d'éliminer	B10 = besoin de communiquer
B4 = besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position	B11 = besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances
B5 = besoin de dormir et de se reposer	B12 = besoin de s'occuper de façon à se sentir utile
B6 = besoin de se vêtir et de se dévêtir	B13 = besoin de se recréer
B7 = besoin de maintenir la température du corps	B14 = besoin d'apprendre

Regroupant des dimensions physiologiques, psychologiques et sociales, le modèle s'inscrit dans la perspective des travaux de Maslow. *"Tout en accordant une place encore importante à la maladie et aux problèmes de santé, les conceptions de l'école des besoins ont marqué le point de départ d'un centre d'intérêt spécifique à la discipline infirmière, soit une orientation vers la personne"* (Kérouac et al., 1994 : 27).

Permettons-nous toutefois une analyse critique de ce modèle.

Nous relevons d'abord plusieurs faiblesses au plan logique. On notera un agencement hétéroclite des besoins, juxtaposés plus qu'articulés. Aucun principe organisateur n'est explicité.

Sans même poser la question de l'exhaustivité des catégories (ce qui supposerait a priori la pertinence du modèle), le système de catégorisation est peu convaincant.

Signalons des confusions de niveaux de définition ou la non-exclusivité des catégories. Certains besoins sont définis comme constituant une finalité en eux-mêmes (*le besoin de respirer = nécessité, pour chaque individu, de disposer d'un approvisionnement correct en oxygène, de bons échanges gazeux pulmonaires et cellulaires*, ou *le besoin de communiquer = nécessité, pour chaque individu, d'avoir des relations avec autrui (personnes ou animaux)* ou *le besoin d'éliminer = nécessité, pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme*). D'autres besoins sont définis en tant que moyens d'atteindre d'autres finalités (*besoin d'être propre et de protéger ses téguments = nécessité, pour chaque individu, de maintenir son corps propre, sa peau saine, pour se protéger et avoir une sensation de bien-être*; *le besoin de se vêtir et de se dévêtir = nécessité, pour chaque individu, de porter des vêtements adéquats selon les circonstances pour se protéger et exprimer son identité*).

Ce modèle anthropologique, bien que très culturellement situé, prétend définir universellement l'être humain²⁷. On y trouve des besoins tels que le *"besoin de se vêtir et de se dévêtir"*, dont on perçoit difficilement en quoi il constitue un besoin *en soi* et moins encore un besoin *universel*. En revanche, la sexualité humaine est presque totalement absente, timidement évoquée dans le besoin de communiquer²⁸, et dans le besoin d'éliminer (pour les femmes uniquement)! On peut également relever un *"besoin de s'occuper de manière à se sentir utile"*, qui s'inscrit dans une éthique du travail. Le *"besoin de pratiquer sa religion ET d'agir selon ses croyances"* postule la transcendance religieuse, etc. Au travers des cours, le modèle est pratiquement toujours présenté aux étudiants de manière non questionnée (1) en tant que réalité (et non comme représentation), et (2) en tant que modèle universel (et non comme référent ethnocentrique). Quelques enseignants adhèrent à une vision critique de ce modèle, mais à notre connaissance, le débat n'est jamais porté devant les étudiants.

- **Les signes de dépendance et les signes de satisfaction**

Pour chacun des besoins, le modèle de Virginia Henderson définit des "signes de satisfaction" et des "signes de dépendances"²⁹ (ceux-ci désignent des difficultés du patient dans la satisfaction de ses besoins).

Cette construction dichotomique entre signe de *satisfaction* et signe de *dépendance* nous interroge. Elle pose a priori la *dépendance* comme une situation *non satisfaisante* qui impose une remédiation. Dans cette optique, toutes les situations de vie qui amènent la dépendance sous une forme ou une autre, c'est-à-dire la maladie, mais aussi le vieillissement ou le handicap, par exemple, sont définies en tant qu'écart à la "normalité" de l'existence humaine (*"Henderson postule que (...) toute personne tend vers l'indépendance dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux et désire atteindre cette indépendance"*, (Kérouac et al., 1994 : 28). Le modèle Henderson ne permet donc pas d'appréhender la maladie, le handicap, la vieillesse comme essentiellement et *normalement* constitutifs de la condition humaine, il ne permet pas d'aborder ces situations de manière positives et constructives, ou à tout le moins d'en faire une expérience

²⁷ Par exemple, on lit dans le lexique (p68) : *"Trait : élément caractéristique du besoin qui permet de l'identifier et de le reconnaître. Il existe chez tout individu"*.

²⁸ La dernière réédition du *"Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain"* (De Boeck, 2000) développe, enfin, la sexualité. Ceci est vraisemblablement lié à l'introduction dans le fascicule, de la correspondance des "besoins" aux "D.I".

²⁹ Dans l'édition 2000 de la brochure rédigée par l'Ecole, l'appellation "signes de dépendance" est remplacée par l'appellation "signes de difficultés", mais le contenu des rubriques de 1995 est maintenu, d'autres signes sont ajoutés.

significative pour ceux qui la vivent. Ce modèle définissant négativement la dépendance valorise dans le même mouvement une perspective individualiste de l'état de santé (*"Le but de la profession infirmière est donc de conserver et de rétablir l'indépendance du client de sorte qu'il puisse satisfaire lui-même ses besoins fondamentaux"*, Kérouac et al. 1994 : 28), et dévalorise une perspective plus systémique.

Cela nous semble indiquer une ambiguïté fondamentale sur le statut du "signe de dépendance" : s'agit-il d'insatisfactions ou de difficultés subjectivement évoquées par le patient ou d'évaluations réalisées par l'infirmière, en référence non seulement à un idéal de santé mais aussi de morale ? *"Manger au lit"* comme un signe de dépendance parce qu'il exprime une difficulté à se déplacer ou parce que *"cela ne se fait pas"* de manger au lit ? Plus généralement, les débordements émotionnels, les expressions d'oppositions, de refus, d'excentricité sont souvent décrits comme problématiques. On trouve ainsi, en filigrane à travers la description de tous les besoins une grande valorisation de la coopération, voire de la soumission du patient à sa prise en charge par l'institution hospitalière (manger de tout, se laver, écouter et communiquer, accepter, etc.). Le modèle décrit l'homme sain essentiellement comme un homme *indépendant*, mais aussi comme un homme sans désir, *adapté* ou *capable de s'adapter* à l'environnement et l'infirmière comme l'agent qui va permettre cette adaptation au milieu.

Dans le même ordre d'idée, le modèle Henderson, nous l'avons dit, pose que l'infirmière intervient si le patient manque de force, *mais aussi de connaissances ou de volonté*³⁰ pour satisfaire ses besoins. Cette approche nous apparaît fondamentalement en contradiction avec l'intention de respect d'autonomie des personnes affirmée par ailleurs dans le discours infirmier.

Sans doute ces contradictions peuvent en partie s'expliquer par une confusion entre les notions d'autonomie et d'indépendance. Nous entendons par *autonomie* la capacité d'un individu à être sujet et acteur, c'est-à-dire de disposer des capacités d'orienter les choix qui concernent sa vie. En mots simples, de "choisir ce qui est bon pour lui". Il n'y a pas d'autonomie lorsque les décisions qui concernent une personne reviennent à des tiers. En revanche, *l'indépendance* concerne plutôt la capacité à réaliser ses choix seul, sur la base de ses propres ressources et la *dépendance* est le fait de devoir compter sur autrui pour atteindre ses objectifs. Dans cette optique, tous les cas de combinaisons entre autonomie/pas d'autonomie et indépendance/dépendance sont possibles, en particulier celle du maintien de l'autonomie de la personne dans des situations de grande dépendance. Il nous semble en revanche que le modèle Henderson valorise et encourage *l'indépendance* ("faire tout seul"), mais en revanche favorise peu *l'autonomie* ("décider pour soi").

Cette distinction n'est pas travaillée auprès des étudiants, pour qui les notions se confondent parfois, avec des effets sur la prise en charge des patients : les situations de dépendance des patients deviennent une absence de capacité d'autonomie, les déficiences corporelles sont confondues avec des perturbations mentales. Le discours d'Elise lors de son premier stage en témoigne.

- *Voilà. J'ai fait d'abord la patiente qui était à son lit, toilette complète.*
- *C'est des personnes à qui on peut parler, alitées, mais tout à fait conscientes ?*
- *Moi, j'étais étonnée, parce que le premier jour, je m'occupais de la dame qui était incontinente, je pensais qu'elle était vraiment confuse, et en fait, pas du tout, pas du tout. Ça m'a vraiment étonnée quand je lui ai parlé la première fois, donc hier.*

³⁰ C'est nous qui soulignons.

Chez Laura également, nous observons comment dépendance et perte d'autonomie peuvent perversement s'enchaîner :

- Par exemple si une personne âgée n'est pas bien coiffée ...
- *Non, c'est même pas ça, mais par exemple, la personne de 80 ans, déjà dans sa maison de repos, elle faisait pas sa toilette seule, donc là, on continue, elle fait pas sa toilette ... Ça fait un bout de temps qu'elle fait plus sa toilette seule, tandis que la femme de 50 ans, chez elle, elle fait sa toilette seule, mais là, c'est pas possible, donc, j'essaie de faire comme si c'était moi. Disons que la personne âgée a l'habitude, c'est moche à dire hein, l'habitude que ce soit une infirmière qui la lave, ou une aide soignante, ou n'importe qui, tandis que la femme de 45-50, pas. Donc, on a tendance à poser [pour une femme de 50 ans] : "Ça va, je ne vous fais pas mal, est-ce que c'est bien sec ?". Chez la personne âgée, on posera pas ces questions-là : on frotte, on essuie, on lui demande pas si c'est sec. De toute façon, une fois sur deux elle va répondre oui, ou si ça se trouve, elle répondra pas, ou elle répondra : "c'est vous qui voyez".*

Nous nous interrogeons également sur le contenu des signes de dépendance. Certains traits ne manquent pas d'étonner. En ce qui concerne le besoin de boire et de manger, *l'aversion* ou *l'envie* de certains aliments est considérée comme un signe de dépendance de même que *manger au lit*. Pour le besoin de se vêtir et de se dévêtir, le *désintéressement* ou *l'attachement* à certains vêtements, le *refus de se vêtir* ou de *se dévêtir* sont des signes de dépendance. *L'utilisation préférentielle du non verbal, la déformation du message, la modification de rôle non acceptée*, sont des signes de dépendance du besoin de communiquer, et *le renforcement des croyances et des pratiques*, le fait de *prier davantage* ou le fait de faire *appel à des pratiques magiques, surnaturelles et/ou empiriques*, figurent parmi ceux du besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances (chacun de ces exemples figure dans l'édition de 1995 et dans l'édition de 2000).

Cet idéal d'observation analytique, détaillée et exhaustive du patient qui sert une logique de contrôle rappelle le panoptique foucladien : *"Foucault affirme, tout comme Elias (1999) que le corps est la référence des processus de contrôle social. Le contrôle social est une question de contrôle du corps. (...) Les infirmières ont, elles aussi fini par être partie prenante dans la surveillance, en observant chez les patients des changements dans un certain nombre de fonctions corporelles - situation qui perdure encore aujourd'hui. L'observation du patient est un des éléments clé de l'histoire moderne des soins infirmiers. (...) A l'époque post-Nightingale, les infirmières se sont impliquées dans une surveillance élargie de la population avec des programmes destinés à améliorer la santé infantile. Elles ont effectué des dépistages à grande échelle et se sont pleinement investies dans l'enseignement des pratiques de soins maternels et infantiles dans les dispensaires. Aujourd'hui, elles attachent toujours autant d'importance à la nécessité de surveiller et d'observer les patients hospitalisés"* (Lawler, 2002 : 70-72).

- **Pourquoi le modèle est-il si populaire ?**

Devant la place aussi importante que ce modèle a pris dans l'univers des Soins infirmiers, y compris dans la formation des personnels de soin, on peut s'interroger sur sa raison d'être et les fonctions qu'il remplit.

Nous proposons l'hypothèse selon laquelle la théorie des besoins prend son sens dans une logique de *professionnalisation* des Soins infirmiers³¹. Rappelons (cf. supra) que le courant fonctionnaliste de la sociologie met en évidence pour les métiers en quête de professionnalisation l'importance du développement d'un dispositif de formation institutionnalisé, au plan des structures, et donnant le primat à la théorie sur la pratique, au plan des contenus. Le courant interactionniste, quant à lui, met l'accent sur la recherche d'autonomie et de contrôle du territoire des activités, et sur l'aspiration à un statut protecteur. Quelle que soit l'approche adoptée, fonctionnaliste ou interactionniste, nous relevons des principes convergents de la dynamique de professionnalisation sur la formation, en particulier une valorisation d'une formation longue et de type plus théorique, liée à une construction de référents scientifiques spécifiques légitimant une autonomie professionnelle.

Le modèle de Virginia Henderson est un exemple de cette démarche. Il se présente sous une forme scientifique, avec une portée universelle, généralisable, exhaustive, fondant ainsi la légitimité des pratiques infirmières qui en sont issues. Par ailleurs, la logique de professionnalisation suppose que ces modèles théoriques indiquent clairement la spécificité et l'autonomie de la discipline, en particulier par rapport aux disciplines rivales. Or, historiquement, une part des activités des infirmiers s'inscrit dans une dépendance hiérarchique par rapport aux médecins, et une autre part importante s'apparente à des tâches domestiques courantes. L'enjeu de la professionnalisation peut se définir comme une tentative d'émancipation de la tutelle traditionnellement exercée par le corps médical, par la construction d'un "*rôle propre*", avec un maximum d'activités réservées qui échappent au contrôle médical et qui ne sont pas accessibles aux personnels paramédicaux rivaux (kinésithérapeutes, nutritionnistes, etc.) ou moins qualifiés (aides-soignantes, etc.). Dans cette optique, le contenu du modèle des 14 besoins peut se lire comme un inventaire des tâches autonomes, mais ancillaires qui incombent *de fait* aux infirmières (nourrir, laver et habiller les patients, prendre leur température, les rassurer, les distraire, etc. ... tandis que les médecins les soignent), inventaire réorganisé sous une forme valorisante et valorisée, inspiré des courants scientifiques en vogue à l'époque (fonctionnalisme et pyramide de Maslow). Ce modèle remplit alors une double fonction qui s'inscrit parfaitement dans la logique de professionnalisation : il permet de présenter un savoir théorique sur des pratiques, mettant en exergue la spécificité et l'exclusivité du point de vue de la discipline.

B. L'usage du modèle dans la formation

Même s'il est largement ébranlé depuis une dizaine d'années par un modèle d'analyse et de planification des Soins infirmiers concurrent (ANADI, Diagnostics infirmiers, 1998), sur lequel nous reviendrons dans un instant, "*la grille des 14 besoins de V. Henderson*" est encore le référent organisant le découpage des matières et les rapports de stage de l'École H.A.P.P.I.³²

31 On peut ainsi lire, dans l'avant-propos (p. 5) du guide d'observation des 14 besoins de l'être humain de 1989 que "*Les éléments du guide, par leur choix et leur agencement, indiquent nettement le contenu spécifique de l'observation clinique infirmière. Ce contenu permet de distinguer facilement l'approche infirmière de l'approche médicale, et formalise l'existence de deux systèmes complémentaires dans une pratique d'équipe trop souvent imprégnée, jusqu'à présent, du seul schéma médical.*" Dans l'avant-propos de la réédition du guide, on lit que "*Par cette démarche [d'établissement de relations entre les 14 besoins et les D.I.], notre projet est de promouvoir la fonction autonome de l'infirmier(e) et participer ainsi à la professionnalisation des soins infirmiers*".

32 Ceci est conforme à l'ambition de ce modèle, puisqu'on lit, p6 de la dernière édition (2000) : "*Utilisé dans l'enseignement des soins infirmiers, le guide d'observation complète la théorie en soins infirmiers,*

Concrètement, le volume des cours en Soins infirmiers est divisé en quatorze chapitres, correspondant chacun à l'étude d'un "besoin" humain, ainsi qu'à l'action infirmière qui lui correspond. Pour la plupart des "besoins", les enseignements comportent un certain nombre de cours théoriques et des séances de travaux pratiques (par exemple, quelques heures de cours théorique sur le besoin d'éliminer, "B3", suivies d'une séance de travaux pratiques sur l'administration de purges et lavements). Le patient est étudié par "tranches" successives, aucun module de cours n'étant destiné à une lecture transversale de ce qui est appris dans chacun des modules relatifs à un "besoin". Le corps des patients est présenté en concordance avec la vision médicale classique : les différents systèmes du corps fonctionnent (signe de satisfaction) ou ne fonctionnent pas (signe de dépendance) et l'origine des dysfonctionnements peut être d'ordre biophysique (exposé toujours très fouillé de ce volet), d'ordre psychologique ou d'ordre socioculturel (volet beaucoup moins précis et investigué).

En conséquence se développe en classe un discours qui présente l'individu de manière extrêmement morcelée, qui favorise une perception atomisée plutôt que holiste du patient et de son corps. On peut ainsi entendre de la bouche des enseignants que *"dans le rapport de stage, il faut présenter trois besoins du patient, mais sur des pages séparées"*, etc. De même, lors de l'examen de fin d'année, les étudiants tirent au sort "un besoin" et sont amenés à restituer ce qu'ils savent de ce besoin, sans lien avec d'autres parties du cours.

L'impact de l'approche théorique des besoins dans la structuration de la formation est tel qu'elle guide également le choix des patients pris en charge par les étudiants en stage. Prenons à titre d'illustration cet extrait d'interview d'une jeune stagiaire (Géraldine) :

- *Oui, quand je veux, quoi, je prends un patient, et puis ...*
- *Tu prends celui que tu veux, ou ... ?*
- *Oui, en fait, tu prends celui que tu veux, et tu le prends en charge pendant ta semaine. Alors, à ce moment-là, tu dois observer les 14 besoins.*
- *Et tu as déjà une idée de qui tu voudrais prendre en charge ?*
- *En fait, j'ai envie de prendre celle à qui j'ai fait la toilette ce matin, madame B. J'ai envie de faire cette personne-là parce que j'ai un contact très facile avec elle, et il y a plein de choses à dire, en fait. Ses pansements, au niveau de la perf, tu sais déjà raconter beaucoup de choses, au niveau du pansement, au niveau de la voie centrale, on sait dire plein de choses. Qu'il y en a, par exemple, ils se sont foulé le pied, mais ils ont juste des béquilles, donc, ils sont plus autonomes. Cette personne-là, elle fait sa toilette avec moi. Hier, avec madame S. elle nous a aidées, elle a fait sa figure, ses bras et son torse toute seule, ça, on sait déjà mettre dans notre rapport, quoi. Que quelqu'un qui fait sa toilette lui-même, tu as des choses à dire, mais comme il fait sa toilette lui-même, en fait, tu as moins de choses à raconter.*

Pour la stagiaire, le "bon patient" est celui qui lui permettra de valoriser ses activités en fonction de la grille analytique de Henderson.

Nous avons relevé dans le cours les moments où était évoquée la formation aux aspects plus interactionnels du soin, c'est-à-dire lorsqu'il est non seulement question du patient et de son

corps, mais également lorsque le contenu abordé au cours prépare les étudiants à entrer en interaction avec le patient.

Cette anticipation du contact avec le patient n'est pas systématique. Elle arrive plutôt de façon incidente.

Dans la plupart des cas, c'est la question de la pudeur du patient qui est évoquée. Ainsi, à l'occasion de la question de la prise de température, *"on couvre la personne pour qu'elle ne prenne pas froid, mais aussi pour sa pudeur"* : *"mettez-vous toujours à la place de la personne qui est dans le lit."* Pour le B4, l'enseignante aborde aussi les difficultés liées aux transgressions de l'effacement rituel du corps : *"dans le cas du port d'un plâtre ou d'autres difficultés de mobilisation, par exemple, il faut parfois aider le patient; enlever sa culotte, j'en parle parce que pour certaines personnes, c'est gênant"*.

Quelquefois aussi, ce sont plutôt les difficultés du soignant qui sont évoquées. C'est le cas lorsque l'on parle des amputations : *"les amputations, c'est difficile pour les étudiants, vous en verrez tous. C'est difficile aussi pour le patient. Si vous avez des choses difficiles à vivre en stage, parlez-en à vos professeurs"*. Anticipation également de l'enseignante par rapport aux tumeurs de la bouche et du nez *"préparez-vous"*. Oui, mais comment ? Car ces difficultés possibles sont amenées sur le ton de l'anecdote, au détour de l'exposé du modèle et il n'y a pas de travail approfondi sur ces questions au sein du cours.

En conséquence du choix du modèle Henderson comme structure organisatrice des cours de Soins infirmiers, l'ensemble des questions portant sur la relation entre le soignant et le patient sont abordées dans le module "B10 : besoin de communiquer". Etant donné son importance pour notre objet de recherche, nous nous permettons de détailler le contenu de ce module.

C. Un des quatorze besoins : le besoin de communiquer (B10)

B10, le besoin de communiquer. Le cours besoin de communiquer prend place parmi l'étude systématique des 14 besoins de Virginia Henderson. D'emblée, l'enseignante annonce que c'est un cours difficile à donner : *"fort abstrait et très difficile à comprendre. On est tout le temps en train de chercher des exemples pour vous aider dans votre pratique"*. Le cours commence par un ensemble de typologies décrivant différents types de communication (instrumental, opératoire, digital, analogique, etc.) On poursuit sur le verbal, non verbal, paralangage, visuel, olfactif, auditif, kinesthésique. *"Le paralangage est une charnière entre le verbal et le non verbal"*. L'enseignante demande aux étudiants si ça va; ils répondent que oui. L'enseignante lit les concepts présentés dans les transparents, ils sont commentés et quelques illustrations sont improvisées tant bien que mal. On enchaîne sur les axiomes de Watzlawick (qui nous est présenté comme un chercheur russe). La métacommunication devient une *"notion de conflit dans la communication"*. Le cours se termine. Avant de partir, l'enseignante me glisse que *"c'est un cours difficile à donner"*. Quelques jours plus tard, le cours reprend. On énonce les caractéristiques de la relation d'aide. *"Est-ce que vous croyez qu'à votre niveau, c'est possible d'avoir une relation d'aide comme ça ? Non, c'est pas facile, ça dépend de votre bagage personnel"*. L'enseignante insiste sur l'importance de l'expérience antérieure (*"l'avoir vécu soi-même"*). Comme pour tout besoin, on aborde la dimension biophysilogique : les appareils auditifs mal entretenus, la confusion ou la désorientation

du patient, qui peut perturber la communication, l'aphasie, etc. On cite ici la sexualité : *"Ici, vous aurez moins à mettre dans le TAPPSI, mais vous risquez de voir des problèmes"*. L'enseignante donne quelques conseils pour communiquer avec les personnes âgées (ne pas se tenir trop près, établir un contact visuel, etc.). L'enseignante attire aussi l'attention sur les stéréotypes dans la communication à l'hôpital : *"Ça va ?", "Détendez-vous", "On ne fait même plus attention à la personne"*. Après une pause, on expose systématiquement les différents éléments qui doivent apparaître dans le rapport de stage en maison de repos *"qui a pour objectif la communication"*. Pour au moins une interaction par jour, le rapport doit décrire : contexte, ce que j'ai perçu de moi, de l'environnement, ce que j'ai pensé de ce que j'ai perçu, ce à quoi j'ai pensé, ce que j'ai senti ou ressenti, mes motivations, ce que j'ai dit et fait, ce que j'ai perçu de ce qu'a dit ou fait la personne suite à mon intervention. On illustre cette analyse par l'exemple *"d'une pensionnaire qui fait une crise de démence au réfectoire"*. *"C'est là que vous allez voir que personne n'est parfait et que chaque personne est différente"*. L'enseignante ajoute que *"ce n'est pas parce qu'on rencontre des difficultés que l'on n'est pas fait pour le métier"*. Sans transition, on enchaîne avec le B3, besoin d'éliminer. Quelques jours plus tard a lieu la séance "pratique" du B10 : *"souvent, c'est difficile pour les étudiantes, donc, on reprend ça avec des exercices"*. L'enseignante raconte quelques anecdotes des maisons de repos, la classe devient bruyante. L'enseignante rappelle les conditions pour "bien communiquer". On évoque également les difficultés typiques rencontrées pendant les stages : ne pas savoir quoi dire à un patient, rencontrer un patient qui ne veut pas communiquer. On en parle, mais on ne travaille pas ces situations. Les étudiants disent souvent à propos du stage : *"Madame, quand on communique, on a l'impression qu'on ne fait rien. Si on pouvait faire plus de soins [en maison de repos], je suis sûr qu'on pourrait encore plus communiquer, si pas mieux."* L'enseignante commente ces réactions : *"On a peur de la communication, mais encore plus du silence. Alors, maintenant, on vous autorise à faire quelques soins au patient dans une prise en charge globale, mais on ne veut pas que vous soyez pris dans une routine comme on a parfois en maison de repos. C'est un stage qui a un objectif particulier de communication"*. Après de nombreuses digressions sur les différentes maisons de repos, on se lance dans un "exercice" de décodage des émotions liées à des mots ou des expressions. L'enseignante répète souvent *"c'est pas facile"*. On a un peu le sentiment que c'est flou, que tout est dans tout. L'empathie revient dans la conversation : *"ni sympathie trop marquée, sinon, vous allez vivre ce que vit votre patient, et vous n'allez pas survivre, ni antipathique."* Laura réagit : *"Oui, je ne suis qu'en première, mais je crois qu'il y a toujours des choses qui passent entre la vie privée et le boulot"*. *"Oui, mais il faut que vous ne souffriez pas de ce que vit le patient, ni que le patient souffre de ce que vous vivez. Heureusement que vous avez des émotions, mais ... Si vous revivez tout avec le patient, c'est pas bon pour le patient"*. L'enseignante raconte l'expérience d'une accoucheuse hypersensible, qui a fait une dépression, car à chaque problème, *"elle le vivait comme si c'était son propre enfant. Elle vit les choses à la place du patient."* Alessandra intervient : *"Il faut être un peu égoïste, alors, se dire "heureusement que ce n'est pas moi!" ?"* Stéphanie reprend : *"c'est pas facile, parce qu'on ne sait pas le faire, on a envie de changer de sujet de conversation (...) c'est plus facile si on est deux soignants, on peut se parler entre nous"*. L'enseignante réagit : *"Et qu'est-ce qu'il va avoir comme sentiment, le patient ? Qu'il est objet, il n'y a pas de respect (...) Si tu veux être intéressant, surtout quand tu manipules des personnes humaines, il ne faut jamais banaliser. Toute personne que tu auras en face de toi a quelque chose qui lui est personnel. A partir de là, tu respectes la personne comme une personne humaine à part entière, avec quelque chose que tu n'as*

jamais vu chez quelqu'un d'autre. Ça, c'est très important de le savoir". Fin de la séance.

A l'instar des autres "besoins", le besoin de communiquer est présenté comme un *besoin* en soi du patient : *"il faut communiquer"*, sans objectif particulier lié aux soins, quel que soit le contenu de la communication (*"Quand vous avez du temps libre, en stage, allez communiquer avec les patients"*). Au-delà du principe que *"la communication, c'est toujours positif"*, on ne se demande pas pourquoi communiquer dans une démarche infirmière, et à propos de quoi. Ainsi, le stage en maison de repos a pour objectif essentiel *"la communication"*. Dans cette optique, il est même prévu que les étudiants ne prestent pas de soins aux personnes âgées, et *"se contentent de communiquer avec elles"*. On comprend bien le désarroi des étudiants face à cette injonction, et la pertinence de leur demande à pouvoir insérer les objectifs de communication dans le cadre d'activités avec la personne âgée.

La communication est donc aussi présentée de manière *isolée* d'autres activités de soin. Il y a des moments spécifiques où l'on communique. La communication n'est pas intégrée aux soins, puisque c'est ce que l'on réserve aux moments où il n'y a pas de soins à faire (stage en maison de retraite, moments *"creux"* des stages, etc.). Soit on fait un soin, soit on communique. Nous retrouvons ici le piège de la conception dichotomique étanche entre dimension instrumentale et dimension expressive des conduites. Par ailleurs, la communication est présentée comme relevant essentiellement d'une démarche verbale et intentionnelle en dehors de laquelle ce que l'on dit ou fait ne véhicule pas de signification. En corollaire, cette conception de la communication dispense fallacieusement les autres enseignants de prendre en compte cet aspect dans leur enseignement (*"ça, vous le verrez en B10"*).

Lors des stages, des étudiants tels que Nicolas expriment leurs réticences face à cette injonction non légitimée à la communication, ils expriment aussi qu'ils savent devoir s'y soumettre dans le cadre des évaluations. La présence d'un observateur (en particulier lorsqu'il s'agit d'un évaluateur des aspects de communication) le dérange, parce que cela rend l'interaction artificielle. Ensuite, Nicolas s'insurge contre cette pression normative à la communication, il conteste le bien fondé de la communication comme panacée :

- *Pour parler avec le patient, c'est le début qui est dur, la pluie, le beau temps. Après, ça devient gai. Quand je suis tout seul, je parle avec le patient. Si quelqu'un est avec moi, j'ai peur d'avoir l'air con : "Oh, vous avez des belles fleurs". (..) Je n'ai pas envie de parler au patient, je suis crevé. Je crois que les gens ont plus envie qu'on leur foute la paix. "La communication!" : Je sais pas faire ça, j'y tiens pas. Je vous le dis à vous, hein, pas aux profs! D'ailleurs, je n'ai pas envie du stage [de communication] en maison de repos.*

Observons comment se déroulent les séances : *"C'est difficile"*. Cette expression est celle qui est revenue le plus souvent au cours des séances consacrées au *"besoin de communiquer"*, et cette difficulté semble résider tant chez les étudiants que chez l'enseignante.

Il est vrai qu'objectivement, les conditions de communication avec le patient peuvent être difficiles. Tout d'abord, la relation de soin induit souvent des situations intimes de communication (toilette, pose de sonde vésicale, etc.), alors qu'il n'y a pas de relation préalable entre le soignant et le patient qui supporte cette intimité. Ensuite, la communication avec le patient concerne, dans bon nombre de cas, des sujets habituellement tabous dans les conversations de la vie quotidienne (le corps, son fonctionnement organique, ses sécrétions, etc.).

Par ailleurs, en dehors de ces sujets de conversation (para)médicaux et en l'absence d'expériences communes, les interactants devraient se tourner vers un stocks de sujets anodins et inoffensifs (les "ressources sûres", selon la terminologie goffmanienne). Or, en l'occurrence, la plupart des ressources sûres classiques sont inutilisables (c'est difficile de dire "*Comment allez-vous ?*" à quelqu'un qui va manifestement très mal, c'est incongru de parler du temps avec quelqu'un qui n'est pas sorti depuis plusieurs semaines, etc.). Enfin, il s'agit souvent d'interagir dans des situations relativement pénibles ou douloureuses pour lesquelles il semble difficile d'apporter un élément positif (souffrance physique, deuil, incertitude, etc.).

La maîtrise d'une compétence professionnelle en matière de communication suppose donc d'être capable d'interagir avec des patients dans des situations où la communication est moins évidente qu'en d'autres circonstances. Mais il s'agit aussi que cette "communication" soit avant tout au service du soin (nous appellerons cette communication, communication hétérocentrée), et réfléchie en tant que telle, en référence au patient et à la situation particulière.

Les étudiants expriment des appréhensions lors des séances, et également lors des stages (nous y reviendrons abondamment), mais nous voyons que les difficultés exprimées et leurs demandes ne se situent pas au niveau de la communication pensée comme soin ou soutien au soin. Il semble qu'à ce stade de la formation, les attentes des étudiants sont, bien en amont, dans les difficultés à se sentir d'abord eux-mêmes à l'aise lors des interactions avec les patients (communication que nous qualifierons d'autocentrée), dans la capacité à surmonter leurs propres difficultés dans la situation, éventuellement comment se protéger d'un engagement trop personnel dans la situation. Les étudiants sont encore très loin de se demander comment cette communication peut s'inscrire dans une démarche de soin. La demande est centrée sur leurs propres besoins en termes d'économie affective et non pas centrée sur les besoins du patient. De ce point de vue, les étudiants sont bien des *novices* de la communication.

Les modalités d'enseignement mises en œuvre au cours de la formation permettent-elles d'apporter aux étudiants les compétences relationnelles (communication auto- ou hétérocentrée) qui leur font défaut ? Sur la base de nos observations, il est permis d'en douter.

L'enseignement du B10 se légitime d'abord par la référence à un corpus théorique extérieur au champ infirmier (essentiellement l'Ecole de Palo Alto), et très secondairement en référence à une expertise infirmière. Ces référents théoriques extérieurs semblent par ailleurs trop peu maîtrisés et opérationnalisés. Au niveau des contenus, on retrouve essentiellement les notions de *respect*, d'*empathie*, l'idée d'*éviter les conflits*, mais ces notions ne reçoivent pas de contenu élaboré sur la base d'un point de vue infirmier, et il n'y a pas d'entraînement à ces compétences professionnelles. La plupart des séances consistent soit en exposés de théories, typologies et définitions relatives à la communication, soit, à l'inverse, en bavardages impressionnistes autour de situations d'interactions avec des patients à l'hôpital. Il n'y a que très peu d'exercices sur des situations de communication, aucune mise en situation, aucun jeu de rôle, aucun travail systématique, rien nous semble-t-il qui puisse fournir aux étudiants des outils de compétence autocentrée ou hétérocentrée en matière de communication.

Cela tient sans doute à la conception de l'éducabilité aux compétences relationnelles avancée par l'enseignante : les compétences en matière de communication sont présentées comme des qualités personnelles liées aux hasards d'un parcours privé, individuel, et non comme compétences pouvant être acquises dans une démarche systématisée par le biais de la formation.

Cette approche de la communication nous éloigne beaucoup de la manière dont nous avons posé la problématique des Soins infirmiers, envisageant les aspects interactionnels (dont la communication) comme fondamentalement articulés à la dimension instrumentale, au sein même de tous les soins, qu'ils soient techniques ou de base. Nous verrons comment ces questions sont éventuellement abordées dans d'autres moments de la formation, les travaux pratiques ou les stages.

D. Des patients à part : les mères et les nouveau-nés, les personnes âgées, les mourants

La plupart des enseignements de Soins infirmiers portent donc sur tous les patients, abordés de manière indifférenciée au travers des "14 besoins". Mais trois catégories de patients bénéficient d'un enseignement particulier : les mères et les nouveau-nés (traités ensemble), les personnes âgées, les mourants.

Pourquoi et comment ces trois catégories de patients sont-ils enseignés séparément ?

Ces patients ne sont pas définis comme des patients standards, normaux. Les mères et les nouveau-nés ne sont pas à proprement parler des malades, les mourants ne peuvent être guéris, les personnes âgées sont une sorte de patients hybrides, présentant des soucis de santé "normaux" pour l'âge, et d'autres qui sont pathologiques. Étudiés à part, ces trois types de patients sont présentés comme requerrant des soins spécifiques. Quelles seraient ces spécificités ? Pour notre part, nous voyons ces trois catégories comme des types de patients moins "intéressants" du point de vue médical, car il n'y a pas vraiment de prise en charge curative ou thérapeutique. La prise en charge de ces patients offre donc des occasions de soins où la spécificité infirmière peut vraiment se travailler et se déployer. Ces occasions sont-elles préparées et saisies au travers de la formation des soignants ?

- **Les soins aux personnes âgées**

Le cours de Soins aux personnes âgées se présente, en cohérence avec le choix de Virginia Henderson comme un référentiel, besoin par besoin, une longue litanie de *"tout ce qui se déglingue avec l'âge"*. La personne âgée respire moins bien (*"Ce qu'il y a, la personne âgée, elle se tient mal"*), digère moins bien (moins de motilité digestive, moins bonne vidange gastrique, perte d'appétit), urine moins bien (diminution de la capacité de filtration), augmentation des problèmes périodaires, diminution de la salive, altération du goût, diminution de la masse musculaire, etc. Les étudiants ne réagissent guère. Pourtant, ils ont tous fait un stage où ils ont rencontré des personnes âgées, la plupart sont allés aussi en maison de retraite. Cela ne suscite pourtant aucun intérêt de leur part. Toutefois, on sent que c'est un cours que l'enseignante aime donner et qui est enrichi d'une expérience professionnelle. L'enseignante est à l'aise, ce qu'elle enseigne correspond à un vécu professionnel, à un certain idéal aussi. Elle est debout, se déplace dans la classe, la voix est assurée. Elle monte aux barricades contre la *"paresse ou la négligence des soignants par rapport à l'incontinence des personnes âgées"*, elle s'insurge contre l'état des chaussures des personnes âgées. *"Il faudrait aussi que les médecins prescrivent moins de somnifères"*. Elle évoque le manque d'intimité de la personne âgée à l'hôpital et en maison de repos. L'enseignante s'énervait, parle en termes de *faute* du soignant, et fustige le fait que l'on puisse dire que *"les personnes âgées s'habituent"*. Elle critique également le fait que l'on

infantilise les personnes âgées en maison de repos. De manière générale, son discours milite pour la promotion des droits de la personne âgée. Le problème de la *"personne âgée désorientée"* est abordé comme un problème de communication. Les indications de l'enseignante sur l'attitude à adopter sont peu claires et opérationnelles. On distingue simplement les *"petites choses"* (les repas, par exemple) et les *"grandes choses"* (*"on ne pourrait pas la ramener dans notre monde à nous"*). Au-delà des principes, on ne perçoit pas clairement quelle est l'attitude concrète à adopter.

En définitive, le cours de Soins aux personnes âgées se présente comme l'application du modèle Henderson à un sous-ensemble de patients, les personnes âgées. La logique est identique, découpant le patient en quatorze tranches, sans réflexion ni perspective globale sur un rôle infirmier spécifique dans le contexte non-pathologique du vieillissement.

Au moment où ce cours prend place, tous les étudiants sont déjà allés une première fois en stage. En stage, ils ont tous effectué des soins à des personnes âgées, à l'hôpital ou en maison de repos, chacun a été confronté à différentes facettes de la vieillesse. On n'en retrouve pourtant pas de trace dans les cours. Même si l'enseignante tente d'animer son cours, les étudiants semblent peu interpellés. Tout se passe comme si le tableau qu'on leur brosse ne faisait aucun écho à leur expérience récente de stage. Les méthodes pédagogiques employées ne favorisent pas un travail systématique sur cette expérience. Par exemple, nous ne retrouvons pas, dans le cours, les différentes réflexions que les étudiants ont partagées avec nous lors des interviews.

Le cours est essentiellement construit autour du discours de l'enseignante qui, même s'il est positif en termes de principes, ne forme guère les étudiants à répondre aux besoins spécifiques (s'il y en a) des patients âgés en soins concrets. Les étudiants restent également très démunis quant aux interactions avec des patients désorientés. Le bilan semble faible en terme d'apprentissage : quelles compétences nouvelles les étudiants pourront-ils transférer lors de futures prises en charge de personnes âgées ?

- **Les soins aux mourants**

Ce module de cours est dispensé par la même enseignante que les soins aux personnes âgées ; il vient après le premier stage. *"Je suppose que c'était une question que vous aviez avant d'aller en stage, de rencontrer des personnes mourantes, ou d'être tracassés de faire la toilette mortuaire"*, commence l'enseignante. Pas de réaction dans la classe. Grégory prend la parole : *"Moi, j'aimerais bien faire une toilette mortuaire"*. L'enseignante poursuit : *"On n'est pas obligé si on n'est pas capable. C'est quelque chose de pas évident pour les étudiants, et pour moi, quand j'étais étudiante, c'était quelque chose qui me tracassait"*.

Dès cette entrée en matière, nous relevons plusieurs glissements. Tout d'abord, les soins aux mourants sont associés à la question de la toilette mortuaire. Le mourant devient le mort. Le mourant n'est-il pas un vivant ? N'est-ce pas aux vivants que l'on prodigue des soins ?

Ensuite, l'enseignante semble ignorer l'intervention de l'étudiant qui fait plutôt part de sa curiosité, voire de sa fascination pour les questions relatives à la mort. L'enseignante postule d'emblée qu'il faut aborder ces questions en termes de difficultés ou de mal-être. L'enseignante se place dans une logique de transmission de son point de vue sur la question, sans être réellement à l'écoute de ce que les étudiants apportent dans le cours.

Troisièmement, nous relevons qu'à l'instar du cours de communication, il y a un glissement de la réflexion sur ce qui est difficile pour le patient et de la manière dont on peut lui offrir des soins adéquats à cette période de sa vie (compétences hétérocentrées), vers ce qui est difficile à vivre du point de vue du soignant (compétences autocentrée).

La classe est silencieuse, peu participative. L'enseignante relance le groupe : *"Qui a déjà assisté à la mort de quelqu'un, que ce soit à l'hôpital, ou en famille ?"* Trois étudiants lèvent le doigt. *"Qu'est-ce qui est difficile à vivre ?"* Personne ne répond. *"Est-ce qu'on accepte facilement ?"*, *"Pas toujours"*, *"Qu'est-ce qui fait que c'est difficile ?"* Plusieurs étudiants avancent une réponse : *"L'attachement ?"*, *"l'âge ?"*, *"Si c'est brutal, on n'a pas le temps de faire un travail"*. On ne va guère plus loin. L'ambiance de la classe est lourde, l'enseignante peu à l'aise. Les discussions restent très superficielles et très générales. Puis l'enseignante se lance dans une synthèse historique et géographique des représentations culturelles de la mort. Le tableau brossé est surréaliste, nous emmenant de la préhistoire (*"C'était une chose tout à fait naturelle, dès qu'on naissait, on savait qu'on allait mourir"*) au bouddhisme (*"On peut être réincarné en animal, c'est pour cela que vous avez des vaches sacrées en Inde"*). Les difficultés contemporaines à vivre la mort sont mises en lien avec le développement du travail des femmes et le fait que *"la famille se sent tellement vulnérable par rapport à cette chose. Avec les progrès de la médecine, on refuse plus la mort, on ne veut pas s'avouer vaincu. Pensez-vous qu'on pourrait supprimer la mort ?"*, *"Ben non, ça n'irait pas"*. Sans transition, l'enseignante enchaîne : *"Quelle est la définition des soins palliatifs ?"* On évoque l'actualité du matin, le cas de deux médecins inculpés dans un hôpital liégeois. On évoque aussi fort approximativement l'état de la législation belge sur la question de l'euthanasie. Les glissements sont permanents chez les étudiants entre les questions d'euthanasie et les questions de soins palliatifs. *"Est-ce que ce n'est pas mieux les soins palliatifs ?"* tente l'enseignante. Les étudiants sont partagés. De fil en aiguille, on parle des erreurs médicales, ... de la ligature des trompes ... et du fait qu'en général, on demande peu l'avis du personnel infirmier. Et à brûle-pourpoint : *"Si on vous demandait de faire une injection mortelle, est-ce que vous le feriez ?"* Plusieurs avis sont exprimés : *"Si la personne souffre vraiment"*, *"Si c'est un supérieur qui le demande"*. L'enseignante conclut que *"de toute façon, on n'est jamais obligé de le faire"*. On fait le parallèle avec les avortements : *"Vous pouvez aussi refuser si c'est en contradiction avec vos croyances"*. *"Oui, mais on se fait mal voir ..."* On introduit la notion d'acharnement thérapeutique. *"C'est là qu'on voit la souffrance des médecins, par ce qu'en fait, c'est eux qui doivent prendre la décision, nous, finalement, on est passif, on ne doit pas prendre de décision."* Le rôle du soignant, c'est *"augmenter la qualité de vie, ne jamais abrégier la vie (parce que, de toute façon, c'est punissable), accompagner jusqu'à la fin et ne jamais abandonner le patient"*. Finalement, le cours reste sur du flou : *"Il faut faire la part des choses"*, *"On ne peut pas savoir comment on réagirait"*, on renvoie à *"la déontologie"*. *"Je crois que c'est les gens qui ont ça en eux qui vont finir par travailler dans ces services-là"*. Le cours de Soins aux mourants se poursuit quelques jours plus tard. Un autre groupe d'étudiants et son enseignante nous rejoignent pour visionner une vidéo française sur la manière dont les soignants vivent la mort. A la fin de la cassette, on demande abruptement aux étudiants *"ce qu'ils en pensent"*. Mais les réponses sont très orientées par les enseignantes. On leur fait dire que : *"Ce qui est important, c'est de pouvoir en parler, se décharger"*, *"qu'il faut connaître vos limites, et vous devrez savoir ce qui vous convient, si vous n'êtes pas trop sensibles"*. Il y a vraiment peu de place pour le temps de la discussion, de la formation des étudiants. Aucune attitude précise n'a été concrètement entraînée en classe. On ne sait toujours pas quoi dire, quoi faire ... Laura conclut en glissant : *"C'est contre nos études, où on est quand même formés pour soigner et sauver. Donc on n'a*

pas envie de faire ça". Les dernières séances du cours porteront sur la manière de réaliser une toilette mortuaire, en respectant, le cas échéant, différents rites culturels.

Si nous en analysons le contenu, l'essentiel du cours est consacré à des discussions à propos de principes abstraits et généraux des décisions qui concerne la fin de vie à l'hôpital, discussions déstructurées qui ouvrent la porte à de nombreuses digressions. Dans le même temps, il est constamment rappelé que ces décisions ne sont pas du ressort de l'infirmier (encore moins du stagiaire de première année). Indépendamment de la pertinence du contenu, le traitement donné à ces questions paraît pédagogiquement peu intéressant. On en reste à des généralités qui ne mettent pas en évidence la spécificité d'un point de vue infirmier élaboré sur ces questions. On parle ici bien plus de la mort que du mourrant, dramatisant tous les contextes de fin de vie. Ces discussions donnent finalement l'impression que se pose pour chaque patient la question des soins palliatifs ou de l'euthanasie.

En revanche, des soins aux mourants proprement dits, il n'en est pas question. Or, les difficultés des étudiants ne relèvent pas tellement de dilemmes éthiques, mais bien plutôt d'interactions concrètes en particulier lors des soins de base (toilette, repas, paramètres), avec des personnes en fin de vie. Voici, par exemple, ce que Géraldine nous dit de ces difficultés de stagiaire face à un patient en fin de vie :

- *Il y en a un, en fait, il lui reste je ne sais pas combien de temps à vivre, enfin, il est vraiment en piteux état, et, je me dis : "Purvu qu'il passe le week-end". Enfin, je me dis, allez, si, si tu vois, mardi, on ne devait plus s'en occuper, que c'est pas sur nous que ça va tomber, entre guillemets, quoi. Ça, ce serait bien, pour nous, quoi, parce que, ce serait les infirmières qui s'en chargent, quoi. Si j'ai jamais ça en semaine, on peut te dire : "Allez, va faire ça avec lui, quoi", tous des trucs ainsi. Mais sinon...*
- *Tu veux dire le monsieur qui est dans le couloir de l'autre côté ? Tu n'aimes pas trop devoir aller t'en occuper ?*
- *Ah si ! Je vais causer avec sa fille. C'est pas que j'aime pas m'en occuper, mais, allez : tantôt, il était tout froid. En fait, c'est une mauvaise circulation, mais je paniquais déjà, je sais pas, j'étais prête à aller chercher une infirmière ou quoi, et puis ça allait. Mais ce monsieur-là, il fait souvent des apnées, des longues apnées, puis il commence à respirer, ça, c'est impressionnant quand même à voir. Sinon, si, j'aime bien m'en occuper, c'est pas un problème ça.*
- *Mais tu crains quoi ? De te trouver en difficulté, de ne pas savoir que faire ?*
- *Mais oui, parce que, allez, je ne sais pas, par exemple, en apnée, les infirmières, elles sont habituées. Tu vois, il est en apnée, puis il recommence à respirer, mais tu sais, nous, si on ne le sait pas, tu vas dans sa chambre, qu'il est en apnée, tu te dis : "Ouille, ouille, ouille", tu vas chercher les infirmières, logiquement. Maintenant, bon, je le sais, alors, ça va, je ne m'inquiète plus trop.*

Un autre stagiaire, Nicolas, exprime aussi ses difficultés par rapport à un patient en fin de vie, et ses regrets par rapport au manque de préparation des cours à ces situations :

- *Quand, ... j'avais un patient, ça, ça m'a aussi marqué, cette semaine, c'était hier, il y a une personne qui est morte. On était dans la salle de garde, et ça sonnait, l'infirmière est allée voir et il était mort. Ça, ça m'a marqué, parce que, il m'avait dit, le vendredi passé : "Je suis vraiment bon à rien". Et je ne sais pas quoi lui répondre. Je dis : "ben si, hein!". "Ah, bon", qu'il me dit, "et à quoi ?". Il était aveugle, il était alité, alors, ça, pour répondre quelque chose à ça, je ne sais pas ce qu'il faut dire!*

- Ça t'est tombé dur ?
- *J'ai fait semblant de pas comprendre : "Quoi ? Quoi ?" Et puis voilà.*
- Et là, tu t'es pas senti bien ?
- *Mais là, qu'est-ce que vous voulez faire ? Qu'est-ce que vous auriez dit, vous ?*
- Je ne sais pas, Nicolas.
- *"Je suis bon à rien". Ben oui, ben! Je vais lui dire : "ben oui, t'es bon à rien" ?*
- Et là, tu as regretté qu'au cours, on n'ai pas pu aborder ça ?
- *Voilà. Oui, parce que, j'ai vu, franchement que son état se dégradait. Lundi, j'ai vu qu'il ne parlait plus, qu'il ne mangeait plus et tout. C'est peut-être à cause de ça qu'il est mort, d'ailleurs. Dépression. Parce que moi, je suis sûr que la mort (tiens, on va parler de la mort, maintenant!), on la choisit. On choisit de mourir ou pas.*
- Tu trouves qu'il s'est laissé aller, à un moment ?
- *Oui.*
- Il a abandonné.
- *Oui. Il s'est dit en lui-même : "c'est fini, moi, maintenant, j'arrête". Ça, je suis sûr que la mort, on choisit ou pas. Quand on est vraiment vers la fin, on sait ...*
- Et tu regrettes de ne pas avoir trouvé quelque chose "d'intelligent" à dire ...
- *Ben oui! Je ne sais même pas quoi dire, je ne vois vraiment pas quoi dire. Et j'ai cherché, hein!*
- On a le cerveau qui travaille à toute vitesse, à ce moment-là ?
- *Là, oui, plus que pendant un examen! (rires) 'Qu'est-ce que je vais dire, qu'est-ce que je vais dire ?"*
- Et est-ce qu'il y a des personnes ou des endroits, que ce soit avec des monitrices ou avec des personnes du service, où on en parle, où on peut dire : "Voilà, je me sens coincé" ?
- *Non. Non, parce que, le personnel, on a déjà peur de leur demander où se trouve le papier toilette, alors, on va pas leur demander : "Qu'est-ce que je dois dire à quelqu'un qui ...?"*

Pour Nicolas aussi, les demandes portent bien sur la manière de prendre en charge un patient en fin de vie, et pas sur des difficultés personnelles à affronter la mort. Or, dans tout le cours, on parle peu du travail du soignant dans le quotidien de la personne qui va mourir. Une fois de plus, les compétences relationnelles en tant que professionnel des soins sont peu explicitées et peu travaillées.

Il est difficile de démêler si le choix d'un tel contenu de cours et de sa présentation aux étudiants, s'éloignant de la thématique des soins aux mourants, est délibéré ou non, si les enseignants par ailleurs disposent de ressources professionnelles et pédagogiques qui permettraient d'aborder autrement ces contenus : c'est un cours pour lequel les enseignantes se sont regroupées (c'était aussi le cas pour une partie du cours de B10 et pour une partie du cours sur les Diagnostics Infirmiers), expliquant elles-mêmes qu'elles sont moins à l'aise et préfèrent alors être deux face à la classe.

Ce qui transparaît aussi, c'est à nouveau l'idée dans le chef des enseignantes que les compétences relationnelles n'ont pas le même mode d'apprentissage que les autres : *"Je crois que c'est les gens qui ont ça en eux qui vont finir par travailler dans ces services-là".* Les compétences relationnelles sont assimilées à une *manière d'être*, reçue comme un don, plus qu'à un *savoir-faire professionnel* qui pourrait s'enseigner. Ce déni d'éducabilité en matière relationnelle ruine d'office toute possibilité de penser autrement le contenu des séances de Soins aux mourants.

- **Les soins aux mères et aux nouveau-nés**

La présence de ce cours en première année peut paraître curieuse, car les étudiants n'effectuent pas de stage en crèche ni en maternité cette année-là. La présence de ce cours est liée au fait que la première année de formation est commune entre les infirmiers et les accoucheuses, qui ont, par ce biais, quelques heures de formation liées à leur future spécialité.

A la différence des cours qui portent sur les soins aux personnes âgées ou aux mourants, les élèves se montrent ici très enthousiastes et intéressés, posent beaucoup de questions.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela : en grande majorité, les étudiants sont des filles; c'est en tant que femmes que ce cours les interpelle. Leur intérêt (comme en témoigne leurs questions) est plus personnel que professionnel. Pour ces jeunes, l'identification à la mère est aussi plus facile et plus immédiate que l'identification à la personne âgée ou au mourant. Une maman, ce peut être elles bientôt, une personne âgée ou un mourant, certainement pas.

Ensuite, nous avons déjà vu, lors de l'enquête initiale par questionnaire (Annexe II), l'intérêt des étudiants pour les contacts avec les bébés et les enfants. C'est la seule catégorie spécifique de patients citée spontanément. Or, nous savons que durant la première année de formation, les étudiants n'auront pas l'occasion de soigner des enfants lors de leur stage, et par ailleurs, dans leur carrière professionnelle, ils se trouveront statistiquement plus en contact avec des adultes et des personnes âgées qu'avec des bébés et des enfants. Cette projection des élèves dans l'univers pédiatrique relève-t-elle d'une "simple" méconnaissance du public de l'hôpital ou peut-elle s'interpréter comme une tendance implicite à éviter l'évocation de patients avec lesquels les contacts corporels sont plus difficiles, pour lesquels les étudiants éprouvent plus de répulsion ? Leur intérêt vient-il vraiment du désir de soigner les enfants ou vient-il de leur désir de ne soigner qu'un corps idéalisé (pur, docile, désésexualisé, glabre, propre, sans odeur, sans stigmate du vieillissement, ...) ?

La peur du corps oriente-t-elle certains étudiants vers les études d'accoucheuses plutôt que vers les études d'infirmiers ? *"J'ai beau adorer les enfants, je n'aimerais pas travailler en maternité. Je sais que c'est le must pour la plupart de mes collègues, mais c'est un idéal qui va avec le reste de la mentalité ambiante! La maternité, c'est joli, propre, sain... Ce service-là est complètement hors de l'univers de la maladie, de la souffrance et de la mort. On ne peut pas dire que celles qui travaillent là "aillent au charbon"... C'est la bonne planque, on évite de se colleter avec tout ce qui est vraiment dérangeant dans ce métier"* (Lesueur, 1997 : 247).

4.2.2 Le cours de Principes Généraux des Soins Infirmiers (PGSI) et le concept de Diagnostic Infirmier

A côté du traditionnel modèle des quatorze besoins, un autre concept prend actuellement de l'importance dans le champ infirmier, il s'agit du Diagnostic Infirmier (D.I.).

Les étudiants sont introduits à ce concept au travers du cours de Principes Généraux des Soins Infirmiers, aussi nous situerons tout d'abord ce cours.

Le cours de Principes Généraux des Soins Infirmiers (PGSI) est un module des cours quantitativement et qualitativement assez important parmi les cours de Soins infirmiers.

L'étonnement des enseignants par rapport à ma volonté d'y assister ("*C'est théorique, ça! Ça ne vous intéressera pas*") donne une assez bonne idée de sa place dans le cursus de première année. Comme son nom l'indique, il transmet aux étudiants le cadre de base de l'exercice de leur profession. C'est essentiellement au travers de ce cours que s'exprime le discours dominant sur l'identité professionnelle infirmière. Ce cours ne comprend pas de séances d'exercices et n'est pas explicitement articulé aux autres enseignements en Soins infirmiers.

L'objectif de scientificité de la fonction infirmière, tant dans la façon dont elle s'exerce sur le terrain que dans la façon dont elle est théorisée, est présent à tout moment dans le cours de PGSI. Ce cours contient énormément de définitions abstraites, de taxonomies, de schémas classificatoires. Cette abondance et cette multiplicité des référents théoriques enseignés produit une impression d'insécurité par rapport à des conceptualisations encore imprécises et mouvantes. Le cours semble, par exemple, hésiter entre plusieurs approches concurrentes (pas moins de 10 définitions contemporaines de la santé dans le premier chapitre).

Les deux modèles de références les plus importants présentés au cours de PGSI sont l'approche de Virginia Henderson (nous en avons déjà parlé, nous n'y revenons pas), d'une part, et les Diagnostics Infirmiers (DI), d'autre part³³. La partie du cours relative aux DI est particulièrement représentative de la conception de la profession infirmière transmise via le cours de PGSI, aussi nous la détaillons quelque peu.

A. Les Diagnostics Infirmiers

Les Diagnostics Infirmiers (DI) consistent en un système de classification des problèmes de santé des patients par rapport auxquels l'infirmier peut avoir une action. Les DI constituent la base de la planification des soins.

L'élaboration des classifications de DI procède de la même logique que le modèle des besoins de Virginia Henderson : il s'agit d'établir une description exhaustive des "dysfonctionnements" de santé, selon une perspective analytique. Si la logique est identique, on observe toutefois une attention accrue en ce qui concerne la *formalisation* des DI. Voici comment ces D.I. sont présentés aux étudiants : "*Une catégorie de diagnostic est composée de 4 éléments : (1) le titre donne une description concise de l'état de santé, il reflète un changement dans l'état de santé sans indiquer le degré de changement, (2) la définition exprime la signification de la catégorie, (3) les caractéristiques déterminantes sont les critères cliniques qui valident la présence de la catégorie de diagnostic. Ce sont des signes ou des facteurs de risque exprimés ou observés chez la personne ou le groupe qui présente le problème. Les caractéristiques sont qualifiées de majeures ou mineures. Elles sont majeures quand l'étude de la catégorie a montré qu'elles sont présentes chez 80 à 100% des personnes qui présentent le diagnostic. Elles sont mineures si elles sont retrouvées chez 50 à 79% des personnes souffrant du problème, (4) les facteurs étiologiques, favorisants et facteurs de risque sont les situations cliniques qui participent au développement du problème.*" C'est cette convention uniformisée de notation des D.I. que les étudiants doivent utiliser dans leurs rapports de soins en stage. Pour les aider, ils disposent d'un manuel de référence (appelé familièrement "le Carpenito", en référence à l'auteur), manuel de référence qui se présente sous la forme d'un gros annuaire compilant tous les D.I. validés à ce

³³ L'édition 2000 de la brochure présentant la grille des 14 besoins de l'être humain comporte d'ailleurs comme modification essentielle l'introduction des D.I. et la mise en correspondance de chacun des besoins avec les D.I. qui lui sont associés.

jour. Les notes de cours précisent en effet que *"le processus de création et d'acceptation de catégories de diagnostic est loin d'être terminé. Chaque année, la NANDA examine selon une méthodologie rigoureuse les propositions faites par les infirmier(e)s; certaines catégories sont acceptées, d'autres sont rejetées ou mises en attente pour des études ultérieures. Dans ce domaine, le savoir infirmier est en pleine construction. (...) Des associations infirmières et la NANDA ont proposé d'inscrire les diagnostics infirmiers classés selon la taxonomie citée dans la Classification Internationale des Maladies. L'OMS étudie actuellement cette proposition. (...) En 1991 fut créée l'Association Francophone des DI (AFEDI). (...) Elle se définit comme étant une "association à caractère scientifique ayant pour but de promouvoir les diagnostics infirmiers en concertation avec la politique générale de la NANDA". (...) Ses objectifs sont les suivants : (1) développer le diagnostic infirmier comme outil de qualité, de reconnaissance et de gestion des soins infirmiers, (2) développer les diagnostics infirmiers comme élément contribuant à la science infirmière, (3) développer des réseaux d'échange et garantir la scientificité des diagnostics infirmiers en langue française"*.

Cette élaboration des DI au plan collectif de la profession infirmière, et sa présentation dans les cours de PGSI s'inscrit explicitement dans une dynamique de professionnalisation des Soins infirmiers. Elle en présente les traits typiques : valorisation d'un savoir théorique et scientifique et recherche d'autonomie du rôle. Nous pointons aussi les relations ambivalentes des soins infirmiers avec la logique médicale. L'élaboration de ces DI s'inscrit clairement dans une logique de développement de la légitimité d'un savoir et d'un savoir-faire infirmiers autonomes et distincts du savoir-faire médical, *mais* qui fonctionnent toutefois selon la même logique que le savoir médical (analytique, scientifique, rationalisant, etc.). Le choix du terme *"diagnostic"* est de ce point de vue éloquent, ainsi que les revendications de prise en compte des D.I. par l'OMS, sur le même pied que les pathologies.

Cet enthousiasme de certains infirmiers pour les D.I. rencontre pourtant déjà la critique : *"(...) la majorité des infirmières revendique que les soins infirmiers soient ou deviennent une science. Pour mieux comprendre ce débat, il faut le voir dans le contexte de plusieurs éléments reliés entre eux : (1) les soins infirmiers constituent un métier qui se professionnalise, un prolongement des rôles féminins traditionnels où soigner est considéré comme fondamental, mais peu valorisé; (2) la science ayant une place dominante et valorisée dans notre société, les infirmières ont essayé d'améliorer leur statut en étayant leur savoir sur une base scientifique; (3) les infirmières ont pris conscience que leur travail était sous-évalué et relativement invisible, et (4) les infirmières ont dû lutter longtemps pour recevoir une meilleure formation s'appuyant sur des connaissances plus solides. (...) La démarche de soins a été adoptée comme une manière - si ce n'est la manière - d'étayer les soins infirmiers sur des bases scientifiques (cf., par exemple, Mauksch et David 1972, Humphris 1979, La Monica 1979, Marriner 1983) en évaluant les besoins des patients à partir d'une anamnèse (terme emprunté au vocabulaire médical), de la rédaction d'un plan de soins (devant être documenté), de la mise en œuvre de ce dernier puis de sa vérification. Ultérieurement, on y a ajouté une autre étape - le diagnostic infirmier (autre terme emprunté au vocabulaire médical). Les limites de la démarche de soins sont maintenant reconnues, et elle est de plus en plus critiquée. On considère qu'elle dénigre le savoir issu de l'expérience, parce qu'elle exclut "des façons de savoir qui ne relèvent pas de la rationalité" (Henderson, 1982), qu'elle peut être utilisée comme instrument de pouvoir (Donnelly, 1987), qu'elle ne tient pas compte du savoir de praticiennes expertes (McHugh, 1986 : 27-27), sans oublier qu'elle rencontre une vive résistance de la part des infirmières à qui on a imposé cette conception de leur pratique. (...) Mais le plus surprenant est que, alors qu'elle est présentée comme un outil permettant de renforcer la pratique holistique et humaniste, la démarche de soins est en fait positiviste, réductrice et mécaniste au point que le patient est -ou peut être -*

réduit (au moins sur le papier) à un ensemble de problèmes, de besoins ou de diagnostics. C'est une approche de la pratique qui imite la médecine et les méthodologies positivistes, et elle est inadéquate si nous voulons nous intéresser à l'expérience vécue du corps. (Parker, 1988, Gadow, 1980, 1982, Benner et Wrubel, 1988)" (Lawler, 2002 : 42-44).

La critique intellectuelle du modèle, essentiellement portée par des infirmiers impliqués dans la recherche, se double également d'une résistance de la part des infirmiers praticiens. Une certaine partie des infirmiers en milieu hospitalier est réfractaire à l'application des DI, critiquant cette approche comme une dérive bureaucratique de la gestion des soins (multiplication des actes administratifs, de la "paperasse"). Cette résistance par rapport à l'application des D.I., mais aussi de manière plus générale par rapport à l'usage de nouveaux modèles de Soins infirmiers (même respectant un point de vue holiste et relationnel sur les soins) doit également se lire dans le cadre de la professionnalisation et des relations de dépendance au corps médical dont nous avons parlé.

B. D'autres facettes du cours de PGSI

Le cours de Principes Généraux des Soins infirmiers transmet aux étudiants le cadre de base de l'exercice de leur profession. On y développe le concept de santé, les fonctions infirmières, la démarche infirmière. Les référents de base en sont le modèle Henderson et les Diagnostics Infirmiers.

L'enseignante qui dispense ce cours fait partie de la frange des enseignants en Soins infirmiers, et, plus généralement, des infirmiers porteurs du projet de professionnalisation du métier. Cette enseignante se montre à plusieurs égards plus *contestataire* que ses collègues enseignantes, par exemple par rapport à la féminisation des discours décrivant la profession (attaques virulente de mon projet de recherche, écrit au féminin et qualifié d'archaïque), plus *ambitieuse* par rapport aux possibilités de reconnaissance (par rapport aux carrières planes, au développement de la recherche en nursing, etc.), plus *critique* aussi par rapport aux dogmes et habitudes de la profession (comme la "théorie" des deux gants de toilette). On retrouve ainsi dans le cours des interrogations sur la profession et une volonté de s'inscrire dans une logique de formation critique des étudiants. Elle se montre aussi très sensible aux savoir-faire spécifiques de la profession (la fonction autonome, par exemple), avec un accent particulier sur les savoir-faire relationnels (l'empathie, par exemple).

Cette position est observable lors de plusieurs épisodes du cours. Prenons-en quelques exemples :

- Lors des séances consacrées à l'anamnèse infirmière, l'enseignante rappelle de ne pas s'asseoir dans le lit du patient. Les étudiants justifient cet interdit par les principes d'hygiène hospitalière qui leur sont serinés dans tous les autres cours. L'enseignante leur démontre que cela ne tient pas, qu'autre chose se joue autour du lit du patient. Dans le même ordre d'idées, à l'occasion d'une discussion sur l'entretien du linge du patient, et de l'attachement des patients à des objets personnels que les soignants voudraient leur faire enlever, l'enseignante interpelle les étudiants : *"Qu'est-ce qu'on fait ? Pourquoi les bijoux sont-ils ennuyeux pendant le séjour à l'hôpital ?"* Les étudiants répondent : *"Ce sont des nids à microbes"*. Ils évoquent aussi le danger en cas de gonflement. L'enseignante tente de démystifier cette idée d'infection omniprésente :

"Et les cheveux, les pyjamas, alors ? On passe tout le patient à l'autoclave ?" L'enseignante suscite la réflexion critique des élèves, elle insiste sur les blessures possibles, sur les effets radio-opaques des objets conservés sur soi, et ... sur les vols à l'hôpital. Le discours de cette enseignante prend distance par rapport au discours absolu sur l'hygiène hospitalière (on ne parlera toutefois qu'à peine de l'effet de dépersonnalisation du patient au travers du dépouillement de ses effets).

- A la différence d'autres collègues, cette enseignante se montre lucide quant aux tabous liés à la sexualité dans les cours de soins infirmiers, avec comme exemple symbolique le sein : *"beaucoup d'étudiantes, me confie-t-elle éprouvent déjà des difficultés à toucher et regarder leurs propres seins, imaginez alors comment s'aborde la sexualité en classe ? Il y a une méconnaissance des étudiants par rapport à leur propre corps et aux maladies sexuellement transmissibles autres que le SIDA. Un des objectifs est que les cours amènent aussi une évolution des étudiantes par rapport à leur propre corps."*
- L'enseignante me rapporte également que lors d'une pause, une des élèves a fait une crise de tétanie. Elle a essayé de travailler cet incident avec la classe, sans grand succès. L'enseignante me parle de la difficulté des élèves à toucher, même un congénère : *"Mais qu'est-ce qu'on leur apprend ? Où et comment ?"*

Si à l'appui de son projet, l'enseignante s'efforce de donner des exemples, de raconter des cas cliniques, le contenu théorique est toutefois nettement dominant dans ce cours. On y retrouve de nombreuses définitions, taxonomies et classifications. Les étudiants ne voient guère où l'on veut en venir. Ils décrivent le cours de PGSI comme un cours très (trop ?) théorique dont ils perçoivent mal les objectifs et les enjeux, un cours totalement déconnecté, des autres cours et de la pratique. Les incompréhensions sont nombreuses et les étudiants restent attachés aux représentations habituelles de la profession.

Par ailleurs, les enjeux relationnels des Soins infirmiers sont clairement à l'esprit de l'enseignante du cours de PGSI, même s'il n'est pas facile de traduire ce souci dans le cours. C'est ainsi au cours de PGSI que la notion d'*empathie* fera pour la première fois son apparition. L'empathie est le monstre du Loch Ness des étudiants : il en est souvent question dans les cours, il est défini théoriquement, mais les étudiants ont beaucoup de mal à le "ressentir". Nous observons à de nombreuses reprises que les étudiants sont extrêmement sensibles à la question de *"l'attachement au patient"*. Ce thème revient souvent dans leurs questions (ainsi que dans leurs réponses à notre questionnaire de départ, d'ailleurs). Les étudiants demandent souvent *"comment ne pas s'attacher au patient"*, mais sans *"être insensible"*. L'enseignante présente *"l'empathie comme un soin en soi : il faut acquérir une dextérité manuelle, mais aussi relationnelle"*. Elle invite les étudiants à s'exercer, et à observer les autres travailler.

L'enseignante est sensible aux savoir-faire spécifiques de la profession (la fonction autonome, par exemple), en particulier les savoir-faire relationnels (l'empathie, par exemple). Elle se montre également très critique par rapport au manque de réflexivité sur les pratiques professionnelles et d'enseignement et à la dépendance au corps médical. Cette attitude l'amène à développer des comportements revendicatifs pour la profession tant au plan de reconnaissance sociale (de meilleurs salaires, une autonomie d'action élargie, etc.), que de la valorisation du savoir (accroissement de la recherche en Soins infirmiers, publications, etc.). Mais d'autre part, les moyens mis en œuvre pour sensibiliser les étudiants à ces enjeux ne permettent pas d'atteindre cet objectif efficacement. Les modèles de référence, nous l'avons vu, sont calqués sur le modèle médical traditionnel (démarche analytique, théorisation des pratiques, accroissement de l'abstraction, formalisation des procédures, spécialisation des tâches, etc.); le cours n'est pas articulé aux autres moments de formation, qui ne relaient pas de manière

cohérente les questions qui y sont soulevées. Pédagogiquement, le cours fonctionne selon une logique déductive et transmissive qui n'exploite et ne valorise que peu l'expérience clinique des étudiants.

4.2.3 D'autres cours théoriques de Soins infirmiers

A. Hygiène hospitalière

Le cours d'hygiène hospitalière prend une place relativement importante en première année, non seulement en lui-même, mais parce qu'il sera constamment fait référence aux principes qu'il développe à l'occasion d'autres cours. Une grande part de la logique des procédures de soins trouve sa justification dans les principes d'hygiène hospitalière. L'importance de tels principes n'est pas à contester, bien entendu (*"Les infections nosocomiales tuent plus que les accidents de la route"*), mais il nous semble que ce développement de la réflexion infirmière à propos de l'hygiène hospitalière est également un axe stratégique du positionnement de la profession par rapport aux autres soignants et en particulier par rapport aux médecins.

Le domaine de l'hygiène hospitalière est un domaine relativement désinvesti par les médecins. C'est aussi un domaine dans lequel les infirmiers sont totalement autonomes (pas de rôle prescrit). L'hygiène hospitalière est une préoccupation très légitime socialement. L'hygiène hospitalière est donc un secteur qui permet aux infirmiers de se définir en position "haute" par rapport aux médecins; ils y investissent avec zèle, épinglant toutes les erreurs des autres professionnels en la matière (*"l'hygiène hospitalière, on se demande parfois s'ils en ont entendu parler"*).

Nous ne développerons pas l'ensemble du cours d'hygiène hospitalière, mais nous rapportons un extrait qui nous paraît important dans le cadre de l'incorporation. Il s'agit de l'apprentissage du lavage des mains.

Le lavage des mains. Durant les toutes premières semaines de l'année académique, une période du cours d'hygiène hospitalière porte sur le lavage des mains. La classe est équipée d'un lavabo; l'enseignante demande à une étudiante redoublante de s'y laver les mains, *"comme à la maison"* précise-t-elle. En dépit de cette injonction, l'étudiante se lave les mains en suivant rigoureusement le schéma professionnel: elle enlève ses bijoux (en situation réelle, elle n'est pas sensée en porter); dégage bras et avant bras, ouvre le robinet, se savonne longuement, effectue le rinçage avec les mains "en corbeille", des avant-bras vers les bras, puis se sèche les mains en tamponnant avec une lingette jetable, sans frotter, et referme le robinet, enfin, avec la lingette souillée. Après une courte pause, on visionne à une seule reprise un petit film tourné par l'École, où l'on voit une infirmière se laver les mains. L'enseignante ajoute divers commentaires et recommandations.

Quels sont les moyens pédagogiques choisis pour l'apprentissage de cette technique? L'enseignante a eu recours à une seule vision du film et une seule démonstration au lavabo du fond de la classe. Il n'y a pas eu d'exercisation systématique par chaque étudiant. On peut s'interroger sur la pertinence ou l'intérêt de recourir à la médiation d'une cassette vidéo: pourquoi ne pas faire la démonstration "en direct", puisque le local est équipé d'un lavabo? Pourquoi cette mise à distance des corps? L'apprentissage vicariant: l'enseignante suppose l'acquisition de la technique du fait de l'avoir vue réalisée par un tiers auquel l'apprenant peut s'identifier. Pour cette raison, l'impact pédagogique peut paraître faible mais cette modalité d'apprentissage semble pourtant efficace: des études, citées par l'enseignante, montrent que le lavage des mains "correct" est appliqué par 89% des infirmières en milieu hospitalier et nous

aurons également l'occasion d'observer lors des séances de travaux pratiques et sur les lieux de stage que la technique est appliquée d'une façon satisfaisante par les étudiants.

Nous faisons l'hypothèse que l'efficacité de cet apprentissage, en dépit de moyens indirects, repose sur la forte intrication entre les dimensions *instrumentales* et *expressives* de la technique : les étudiants seraient particulièrement "proactifs" pour les apprentissages qui leur paraissent représentatifs du métier. Ainsi, d'emblée, l'enseignante pose la distinction entre une manière "*ordinaire*" de se laver les mains, et une manière *infirmière* de se laver les mains. Cette technique, via les formes qu'elle prend, porte donc une charge expressive importante : le lavage des mains, au-delà de son utilité objective, devient symboliquement un trait distinctif de l'infirmière³⁴ parce qu'il se démarque, dans sa procédure, de la manière "*ordinaire*" de se laver les mains. Dans ce cas-ci, en particulier, la compétence infirmière, instrumentale et expressive se construit au travers de la capacité à *enchaîner correctement, dans le bon ordre, les éléments de la séquence* (par exemple se sécher les mains avant de couper le robinet, procédure inverse à la pratique quotidienne) et aussi à la réaliser à bon escient (entre deux pansements, entre deux réfections de lit, ...), et non pas via la réalisation d'actes réservés (comme les injections, par exemple) ou via l'entraînement à une dextérité, une force ou une vitesse particulière (comme la prise du pouls ou la réalisation d'un bandage, par exemple). De ce fait, la compréhension intellectuelle de l'action à réaliser paraît suffisante à sa maîtrise immédiate. Il suffirait de voir (et de retenir) la séquence du lavage des mains pour disposer sans obstacle de la capacité effective à la reproduire. Pour reprendre la distinction de Develay (1992, cité par Fargier, 1997 : 38) l'apprentissage du lavage des mains, même s'il relève du registre sensori-moteur, se pose d'abord comme un "*savoir que*" ou "*apprendre que*" qui se transpose sans transition particulière en un "*apprendre*" ou "*savoir*" dans un usage transitif. La démonstration devant l'apprenant semble suffisante parce que cet apprentissage consiste en une réorganisation ou d'une variante d'une séquence déjà maîtrisée et parce que l'appétence des élèves pour l'acte est élevée (forte dimension symbolique).

B. Le cours de santé mentale

L'enseignante précise les objectifs de son cours : "*Apprendre à se découvrir soi-même, gérer son stress*", etc. Il n'est pas clairement établi que l'on traitera de la santé mentale du soignant, du patient ou des deux. A de nombreuses reprises, l'enseignante sollicite des interactions avec les étudiants. Les rires fusent chaque fois que sont prononcés les mots "*intimité*", "*émotions*", etc. Lorsque l'enseignante dicte la liste des objectifs intermédiaires du cours, les fous rires s'arrêtent et les étudiants prennent notes studieusement. Durant ces développements plus théoriques, Virginie, qui a "*décroché*" et qui s'ennuie, s'est allongée sur son banc et fait mine de s'assoupir. L'enseignante s'interrompt : "*Est-ce que tu souhaites rester ?*". Virginie est mal à l'aise. Elle ne peut avouer qu'elle s'ennuie, elle préfère dire "*qu'elle n'est pas bien*". L'enseignante reprend le fil de son cours. Virginie tire la langue dans le dos de l'enseignante. Plus loin dans le cours, l'enseignante demande la participation d'un étudiant pour "*une expérience sur le mental*". Axelle se propose. Nouveaux fous rires. L'enseignante se lave les mains, "*pour ne pas souiller le pull d'Axelle*". Elle demande le respect et la collaboration de la classe. Elle fait ensuite "*passer*" des pensées positives à Axelle par une espèce d'imposition des mains. La classe est très nerveuse. Après une pause, on

³⁴ Relatant plus tard l'épisode à des proches, j'entendrai d'ailleurs : "*Ah, oui, dans les films, les infirmières font toujours "comme ça"*".

distribue des photocopies du cours. Les textes sont assez compliqués, l'enseignante confirme que la littérature sur la santé mentale est difficile (*"même pour moi" ...*). L'enseignante explique ensuite que la santé mentale doit s'envisager, comme tous les besoins enseignés en Soins infirmiers, selon les dimensions biophysologiques, psychologiques et socioculturelles. *"Et d'ailleurs, enchaîne-t-elle, nous avons plusieurs corps"* : corps physique, corps éthérique, corps astral, corps mental, corps causal. Pour illustrer la notion de "corps éthérique", l'enseignante propose une autre expérience : elle se déchausse et s'approche d'une étudiante à qui elle a demandé de fermer les yeux. Mal à l'aise, les étudiants rigolent, se trémoussent sur leur chaise. A la fin du cours, je discute longuement avec l'enseignante. Elle me fait part de ses propres questionnements et remises en question par rapport au contenu du cours. C'est encore un cours *"qui se cherche"*. Suite à un problème de santé de l'enseignante, les séances suivantes de santé mentale n'auront lieu que beaucoup plus tard dans l'année, après les stages. Avant de reprendre, l'enseignante me confie en aparté son "stress" et sa "saturation" par rapport aux cours. On reprend avec l'étude des émotions : *"chez tout individu, il y a un état interne, une échelle énergétique des sentiments"*. L'environnement est présenté comme une variable totalement extérieure à l'individu, et qui lui amène des "perturbations". L'enseignante commente les différentes émotions : *"Depuis petit, en général, on n'apprend pas à reconnaître la douleur", "maintenant, on peut avoir des émotions différentes; avant, la femme allait plus vers la tristesse et l'homme vers la colère"*. L'enseignante insiste sur le fait que généralement, on n'apprend pas à reconnaître et nommer ses émotions, et qu'à l'hôpital, il n'y a pas beaucoup de lieux, de moments ou de personnes pour aider les patients et les familles à vivre leurs émotions. L'enseignante propose ensuite un exercice à réaliser à deux à propos des émotions. L'enseignante propose de réaliser l'exercice *"même si c'est difficile en classe"*. Aucun volontaire ne se manifeste. L'enseignante installe deux chaises, réitère sa demande. Magali se dévoue. Elle s'installe et exprime son angoisse des examens. L'enseignante l'interrompt lorsqu'elle veut exprimer le "pourquoi" de son angoisse : *"c'est un exercice de reconnaissance, pas d'analyse"*. L'enseignante propose d'inverser les rôles, elle exprime de la colère, puis de l'impuissance, puis de la tristesse, puis une oppression au niveau de l'estomac. La classe semble partagée. Certains regardent, mais la plupart des étudiants s'occupent à autre chose, sans doute mal à l'aise d'être un peu voyeurs. L'enseignante invite ensuite à lire deux contes à propos des émotions. Pour le premier, une étudiante redoublante se propose spontanément. L'enseignante demande à un des garçons redoublants de la classe de lire le second. L'enseignante l'interrompt souvent, pour le faire changer de position, poser sa voix, abandonner ses tics. Pendant la lecture, l'étudiant exprime par de nombreuses mimiques sa distance au texte. Fin du chapitre sur les émotions. Vient ensuite une cassette vidéo sur l'énergie vitale, *"parce que le cours se veut une ouverture à d'autres philosophies et d'autres prises en charge"*. Les étudiants sont perplexes devant ce qui leur apparaît surtout du charlatanisme. L'enseignante exprime son point de vue : *"Il faut oser s'ouvrir à d'autres choses. J'en parle et c'est vrai que vous sentez peut-être un malaise en moi. C'est pas facile"*.

Ce qui frappe le plus, lorsque l'on observe le cours de Santé Mentale, c'est l'atmosphère de *malaise* qui y règne, et qui est perceptible au travers de l'agitation, des fous rires, et de l'absentéisme à ce cours. En général, les étudiants n'aiment guère ce cours qui les dérange.

Quelles peuvent être les raisons de ce malaise ?

Le cours de santé mentale, ou plus exactement la manière dont il est donné, confronte les étudiants à un contexte pédagogique très différent de leurs attentes. Lorsqu'elle invite les étudiants à diverses expériences, lorsqu'elle propose des exercices sur les émotions des étudiants, et encore davantage sur les siennes propres, lorsqu'elle interpelle Virginie malgré son pare-engagement, lorsqu'elle se déchausse ou lorsqu'elle touche les étudiants, lorsqu'elle leur fait part de ses doutes et de ses hésitations, dans tous ces cas, du point de vue des élèves, l'enseignante transgresse les règles tacites d'un contrat didactique classique. Pour être légitimes dans le cadre de la formation, ces "expériences" devraient au minimum s'inscrire dans le cadre de travaux pratiques (comme pour la toilette, le secourisme ou la manutention), et non dans une salle de cours classique.

Dans le même ordre d'idées, les conceptions du corps développées dans le cours ("corps étherique, corps astral, y compris la curieuse expression de corps mental"), très différentes du mode de définition consensuel et positiviste du corps perturbent les élèves. Ils sont mal à l'aise, très dérangés et réfractaires à l'idée de modifier "comme ça" leurs conceptions du corps (d'autant que la conception traditionnelle du corps est véhiculée par la plupart des autres cours qu'ils suivent).

Ces approches de la relation humaine (dans les situations de soins comme dans les situations d'enseignement), de la personne et de son corps rompent avec les conventions habituelles. De plus, ces transgressions n'apparaissent pas comme légitimes, parce qu'elles ne se déroulent pas dans le cadre matériel adéquat, parce que l'enseignante n'est pas assurée dans son entreprise, parce que ces approches restent marginales dans l'ensemble de la formation, etc.

Dans ce contexte, les interactions sont difficiles, car les étudiants résistent à la définition de la situation que leur propose l'enseignante et dépensent beaucoup d'énergie en résistance ou adoptent des stratégies d'évitement.

L'enseignante ne laisse pas cet état de malaise latent et propose de métacommuniquer sur les difficultés de l'interaction. Mais la métacommunication ne fait pas non plus partie d'un contrat didactique classique, et les étudiants y sont également rétifs.

Ces difficultés à travailler les émotions et les relations dans le cadre de la formation sont d'autant plus regrettables que, comme le note l'enseignante, ce sont des aspects importants mais fort négligés de la vie du patient hospitalisé et plus généralement des situations de soin. L'acquisition d'une compétence professionnelle à cet égard est donc fort importante.

Si le questionnement et les intentions du cours par rapport aux émotions et à l'aspect relationnel des soins sont essentiels et primordiaux, nous observons toutefois que les moyens pédagogiques employés ne permettent pas d'atteindre les objectifs, et pire peut-être, provoquent plutôt un "effet boomerang" de retranchement, voire de renforcement, des étudiants sur des représentations et des comportements traditionnels.

A l'instar du cours de PGSI, nous observons donc une réflexion et une démarche active de la part de l'enseignante à propos du corps et de la relation de soin, avec des difficultés à trouver les moyens pédagogiques adéquats.

Relevons aussi une particularité du traitement des émotions au cours de Santé Mentale. Lors de l'exercice sur les émotions, après une courte phase de reconnaissance des émotions ressenties, l'accent est mis surtout sur les moyens de se détendre, d'accepter, de s'apaiser et non pas sur

l'agir, l'extériorisation de la colère, la mobilisation de l'énergie, etc. Nous retrouvons donc la valorisation du contrôle des émotions déjà évoquée lors de l'analyse du modèle Henderson.

4.2.4 Une réflexion transversale sur la place du langage dans les cours théoriques

La majorité du volume horaire de l'enseignement des Soins infirmiers se déroule en fonction du découpage en "besoins". Chacun des besoins est étudié au travers de leçons données en classe suivies d'exercices pratiques qui se déroulent en groupes plus restreints dans un local distinct. Nous commençons ici par présenter, au travers de quelques exemples, la manière dont ces cours se déroulent en général, avec une attention particulière pour le rôle du langage dans le processus d'apprentissage.

L'enseignement théorique des "besoins". Nous sommes dans le module de cours relatif à "la mobilisation (B4)". L'enseignante est soucieuse de rendre son cours participatif. Elle pose de nombreuses questions aux étudiants. *"Qu'est-ce qu'on peut faire, à l'hôpital, pour faciliter la mobilisation ?"*, *"Qui a déjà eu un hémiplégique ?"*. *"Quels sont les signes de l'inflammation ? Chaleur, rougeur, douleur, gonflement"*. Puis on parle des différents appareillages qui peuvent aider à la mobilisation des patients (appareils de traction, tribune, etc.). On n'en montre pas d'image ou de photo. Plus tard, dans le B3, on étudie les problèmes de rétention d'eau. Les étudiantes doivent pouvoir faire *"le signe du godet"* et *"le signe du mouchoir"*. Bien entendu, personne en classe n'est déshydraté ou ne fait de rétention d'eau, donc on ne peut voir concrètement les caractéristiques de ces signes. L'enseignante explique également que l'on peut faire une *"évaluation de l'état général du patient par les modifications de l'odeur de la transpiration"*. Plus loin encore, dans l'année, au cours du B1, l'enseignante recense les différents types de toux à distinguer : *"certains sont audibles à l'oreille nue (stridor, stertor, wheezing, gargouillis, etc.), d'autres ne sont audibles qu'au stéthoscope (râle, ronchis, sibilances, râle crépitant, frottement pleural)"*. *"On doit le voir, parce que, même si vous ne le faites pas vous-mêmes, vous devez pouvoir l'expliquer au patient"*. *De manière générale, les cours consistent donc en exposés descriptifs. Le discours est l'élément essentiel de la transmission des contenus.*

Dans tout groupe, le langage est un des véhicules privilégiés de la socialisation. La formation en Soins infirmiers ne fait pas exception : l'acquisition des compétences professionnelles infirmières suppose, entre autres, l'appropriation par les *novices* d'un langage commun et spécifique, collectivement construit. Comment cette transmission/appropriation se passe-t-elle concrètement ?

L'abondance de nouveaux termes dans la formation en Soins infirmiers frappe l'observateur ... et les étudiants, qui l'évoquent souvent. Parfois, plusieurs dizaines de nouveaux mots de vocabulaire professionnel sont introduits en une seule journée.

Cette prolifération du vocabulaire affecte les compétences corporelles et les représentations corporelles des étudiants de diverses manières. Nous avons relevé deux vecteurs principaux de ces transformations : la multiplication et la substitution des catégories langagières.

A. La multiplication des catégories langagières

Une bonne partie des mots nouveaux transmis en formation constituent le "jargon professionnel". Ils désignent des objets ou des actions spécifiques au domaine médical ou paramédical. Dans cette perspective, c'est à la fois le mot et la réalité ainsi nommée qui sont nouveaux pour l'étudiant. Prenons pour exemples le *flux laminaire*, la *pince cochère*, l'*ischion*, la *bilirubine*, la *PTH* (prothèse totale de hanche), la *BPCO* (broncho-pneumonie chronique obstructive), l'*AVC* (accident vasculaire cérébral), etc. : l'étudiant se familiarise au signifié autant qu'au signifiant.

Cette introduction d'un stock important de vocabulaire nouveau permet un affinement des catégories de perception ou d'appréhension : on distingue des différences désignées jusque là globalement. Par exemple, là où nous entendons une *toux*, l'élève-infirmier apprend qu'il existe toute une gamme de bruits respiratoires : *stridor*, *stertor*, *wheezing*, *râle*, *ronchis*, *sibilance*, *râle crépitant*, *frottement pleural*. La "*mauvaise odeur des urines*" se décline en urines *fétides*, *putrides*, *fécaloïdes*, *acétoniques* ou *ammoniacales*. Le développement du vocabulaire conduit aussi à un élargissement du spectre de perception et de désignation : on perçoit et nomme des choses dont on ignorait l'existence précédemment, que l'on n'aurait pas remarquées ou observées. C'est par exemple le cas du *flux laminaire*, du *péristaltisme*, etc. Par le biais de l'acquisition du vocabulaire, une compétence paramédicale spécifique peut se construire. Le vocabulaire nouveau fournit des moyens de développer peu à peu un regard et un rapport professionnels par rapport au corps du patient. En stage, plusieurs étudiants feront référence à cette importance du vocabulaire professionnel.

Ainsi, ce commentaire de Laura et Jessica à propos de leur progression dans le premier stage :

- Ça veut dire quoi, que vous sentez que vous faites un travail ...
- L : D'infirmière que d'aide soignante. Par rapport à ce qu'on a fait avant,
- J : C'est vrai que ça change,
- L : Parce qu'avant, c'était rien que toilettes, répondre aux sonnettes
- J : Mais maintenant, ça devient vraiment plus technique, commencer un peu à comprendre les médicaments, à savoir ce qu'il faut pour les pansements,
- L : C'est tout un langage qu'on commence à apprendre.
- J : qu'avant, on nous parlait de ... (rires et mimiques indiquant l'incompréhension)

L'apprentissage de nouveaux mots est donc un maillon essentiel à l'acquisition de nouvelles compétences sur le corps, puisqu'il permet de créer de nouvelles catégories, de nommer de nouvelles réalités. Sans la présence de catégories de vocabulaire adéquates, il est plus difficile de transmettre un savoir corporel qui repose sur l'affinement et une caractérisation particulière des perceptions.

Notons toutefois que cette modification du vocabulaire passe plus souvent par le *fractionnement* des catégories du vocabulaire profane que par regroupement ou recomposition, avec, par voie de conséquence, une relative atomisation ou parcellisation du corps humain.

B. La substitution des catégories langagières

D'autres transformations du lexique apparaissent également dans les cours. Un nombre non négligeable d'objets ou d'actions disposant d'un signifiant dans le langage courant sont renommés en contexte professionnel. Ainsi, on ne dit pas "*couché sur le dos*", mais "*en décubitus dorsal*", on ne dit pas "*courant d'air*", on dit "*turbulences*", on ne dit pas "*chair de poule*", mais "*horripilation*", on ne dit pas "*le bras rapproché/éloigné*", on dit "*le bras proximal/distal*", on ne dit pas "*saignement de nez*", mais "*épistaxis*", etc. Nous pourrions continuer longuement cette liste de mots spécifiques dont la définition n'est rien d'autre, en définitive, que le mot ou la locution courante correspondante.

Un dédoubllement du langage se produit ainsi dans les cours et *un corps des Soins infirmiers* se distancie progressivement du *corps ordinaire et quotidien*. La personne humaine et sa chair se transforment en une entité plus abstraite, techniquement décrite.

On peut vraisemblablement poser la même hypothèse interprétative que pour le choix du modèle de Virginia Henderson. Tout se passe comme si la construction de ce lexique participait à l'autonomisation et à la professionnalisation du métier par le double mouvement (1) de distanciation du savoir profane et (2) d'élaboration d'un savoir qui soit technique et scientifique, et en partie distinct de celui du médecin³⁵.

C. La requalification des connotations

A côté de cet aspect de *contenu*, la formation opère également des modifications des *connotations* classiques associées à certains concepts.

Lors du cours théorique sur les plaies et la cicatrisation, on projette des photographies de différents types de plaies. C'est la première fois qu'on présente en classe quelque chose d'impressionnant. L'enseignante parle de "*belles plaies*", de "*belles nécroses, toutes noires*" ("*tissu mort, noirâtre, croûteux ou humide, suintant, purulent*"). On qualifie de "*génial*" un bourgeonnement charnu, bien vascularisé. Certains étudiants n'osent pas regarder, et se plongent dans leurs cahiers. Sur les photos prises en gros plans, il n'est pas toujours possible de distinguer de quel membre il s'agit : une jambe ? un bras ? Il est rare que la photo présente la personne entière. Les étudiants sont silencieux, ils ne font pas beaucoup de commentaires.

³⁵ Le cours de manutention est un cas particulier de cette logique. La manutention des patients, comme technique et comme enseignement, est assez récente. L'Ecole s'enorgueillit d'être relativement pionnière en la matière, ce qui fait parfois dire aux enseignants : "*Ce n'est pas encore très répandu dans les hôpitaux, parfois, c'est vous qui devrez former des collègues plus âgé(e)s*". Le cours de manutention, comme la plupart des cours de soins infirmiers, dispose d'un lexique particulièrement riche, élaboré et précis. Toute une terminologie permet de décrire l'ensemble des postions et des actions de mobilisation des patients. Dans la plupart des cas, ces mots ne sont pas nouveaux. De manière réciproque au processus de dédoubllement que nous avons décrit, ce sont ici des mots du vocabulaire courant qui sont utilisés dans une acception nouvelle, souvent métaphorique, en contexte infirmier. On y parle de "*console de hanche*", de "*prise en dragonne*", de "*position du chagrin*", de "*baudrier*", de "*bras escamoté*", de "*position du chevalier servant*", de "*banquette*", etc. Nous développerons cet aspect dans la partie consacrée à l'analyse du cours de manutention.

Des qualificatifs positifs (*beau, génial*, etc.) sont associés à des substantifs généralement évalués négativement : plaies, nécroses, ici, mais aussi selles, gaz ou urines, à d'autres moments. De ce point de vue, le tabou de l'évocation corporelle semble levé, et d'une certaine manière, on observe (en tout cas pour les "initiés"!) une possible jouissance dans cette inversion des connotations³⁶. La formation propose en tout cas aux novices une requalification de leurs perceptions, non plus en fonction du sens commun, mais en fonction d'un regard professionnel de soignant. C'est ainsi un autre corps du patient qui se construit au travers des cours. Cette déconstruction-reconstruction n'est ni facile, ni immédiate, comme en atteste les comportements de malaise des étudiants.

Par ailleurs, ce corps du patient est à nouveau présenté de manière morcelée : les diapositives isolent la zone de la plaie ou de l'escarre. La focalisation sur le site de la plaie se justifie par les besoins de précision de la prise de vue et également par l'éthique du respect de l'anonymat du patient, mais il n'empêche que, à nouveau, nous avons affaire à un dispositif pédagogique qui parcellise le corps du patient.

D. Le lien réciproque entre concept et perception

Le langage est une dimension essentielle de la socialisation professionnelle, mais la maîtrise du vocabulaire constitue une condition nécessaire mais non suffisante du développement des compétences. Dans une logique de développement de compétences, l'essentiel ne se situe pas dans l'étude d'un grand nombre de concepts professionnels, ni dans la confrontation à un grand nombre de situations professionnelles différentes, mais dans le réseau de liens denses et solides entre ce répertoire de concepts et le répertoire correspondant de sensations (images, sons, odeurs, toucher).

"Les savoirs logent dans les interactions langagières sous la forme d'un référentiel, c'est à dire d'un rapport entre, d'une part, les mots, les concepts, les catégorisations, les modèles et, d'autre part, les objets ou les situations auxquels ces savoirs renvoient dans le monde des acteurs. Les savoirs indiquent donc, de part leur découpage, leur profondeur, leurs assises théoriques et leur portée pratique, les frontières du monde de l'acteur. De même, ces savoirs concentrent sur eux ce qui, au sein d'une communauté de références, a permis dans le passé de résoudre certains problèmes ou d'interpréter de façon satisfaisante certaines réalités" (Toupin, 1995 : 48).

Comme nous l'avons vu dans le modèle de Dreyfus & Dreyfus, le novice ne peut progresser que si, et seulement si, les catégories langagières qu'il apprend sont mises en relation avec les perceptions correspondantes de manière progressive et accompagnée. Ainsi, on ne peut pas dire que l'on est capable de distinguer une *macule*, d'une *papule*, une *pustule* ou une *vésicule* lorsque l'on connaît ces quatre termes, même accompagnés de leur définition. Il faut également avoir *vu et ressenti* ces quatre variantes d'altération cutanée et pouvoir les reconnaître et les *distinguer concrètement*. La maîtrise de compétences sur le corps doit nécessairement passer par l'un ou plusieurs des sens. La plupart des savoir-faire infirmiers ne peuvent s'enseigner sans références constantes au corps, non comme concept abstrait, mais en tant que réalité qui communique des signaux multisensoriels que l'infirmier doit percevoir, analyser et auxquels il doit réagir (par

³⁶ Dans la représentation sociale de la profession cette capacité à affronter les mutilations corporelles est d'ailleurs un trait typique, n'entendons-nous pas souvent : *"Moi, je n'aurais pas pu être infirmière, je ne supporte pas de voir du sang"?*

exemple, reconnaître un début d'escarre, reconnaître une toux, observer la couleur des selles, l'aspect d'une plaie, apprécier la rigidité d'un membre, déceler des modifications de l'haleine, etc.). Cela suppose donc de prévoir, durant l'apprentissage, des phases de mise en connexion des concepts avec des perceptions nombreuses et variées, dans des interactions avec des pairs ou des professionnels plus chevronnés.

Lors de son second stage, Laura évoque cette importance des interactions avec les pairs dans l'acquisition du vocabulaire indispensable au développement des compétences :

- *Mais alors, le vocabulaire! On s'est habituées à un voca ... Virginie aussi était en ortho à Y. Elle, elle est habituée à un vocabulaire PTH, machin, et tout ça. Bon, maintenant, c'est les coro, enfin, des trucs, je comprends rien. Il va falloir que ... je ne sais pas. Madame P. [la monitrice] est venue une fois m'aider, parce que là!*
- *Dans les dossiers ou quand les infirmières parlent ?*
- *Au rapport. Et puis c'est des médicaments qui sont pas du tout les mêmes. Si, évidemment, Xanax et tout ça, c'est des médicaments qu'on entend souvent parler, des Clexane, tandis qu'à X, c'était des Fraxiparine, ça change, quoi. Donc, là, il va falloir qu'en rentrant je prenne mon petit dictionnaire, parce que c'est des coronarographies, je sais même pas ce que c'est. Apparemment, d'après Virginie, c'est avec une caméra dans les ... (...) Donc, des fibrillations auriculaires, parce que j'en avais vues à X, et qu'ils m'avaient expliqué, parce qu'il y avait des élèves de deuxième et troisième. Là, on est toutes seules. Ça aussi, c'est dur. Quand il y a des élèves au-dessus, deuxièmes et troisièmes, c'est plus facile, parce qu'on leur, on ose leur demander : "Tiens, c'est quoi ça ?", et puis elles nous aident, quoi.*
- *Ici, y en a pas ?*
- *Il y en aura peut-être la semaine prochaine. Normalement, Sophie aussi vient, elle fait son stage en maison de repos puis elle vient la semaine prochaine. Mais, moi, je suis perdue, au point de vue vocabulaire!*

Ces principes de mise en lien des perceptions et du vocabulaire et de mise en commun de ces liens vaut au plan du développement de compétences des novices, mais aussi au plan du développement de l'expertise collective de la profession : *"Il faut que les infirmières amassent des exemples de leurs capacités à reconnaître et qu'elles décrivent le contexte, les significations, les caractéristiques et les tenants et aboutissants de leur savoir. Ceci leur permettra de mettre au point leurs compétences et de démontrer ou d'illustrer, les différences qualitatives qu'elles ont été amenées à identifier. Une grande partie de ce processus se fait naturellement lorsque les infirmières comparent leurs points de vue en matière de différences qualitatives (...). La hiérarchisation de ses différences ne peut s'élaborer et se mettre au point que lorsque les infirmières comparent leurs points de vue pendant qu'elles soignent les malades en situation réelle" (Benner, 1995 : 10-11), ou encore "nous avons beaucoup à apprendre des connaissances des infirmières expertes en matière de diagnostic et de surveillance. Ici, l'importance des capacités de perception et de reconnaissance est l'élément central. Les infirmières ayant une grande expérience de malades similaires développent des connaissances spécialisées et un langage particulier. En étudiant ce langage et en nous mettant d'accord sur son usage, nous allons améliorer nos connaissances cliniques et permettre à d'autres d'acquérir les mêmes connaissances en matière de perception" (Benner, 1995 : 90).*

Un des enjeux de la formation des infirmiers est donc de créer des situations d'apprentissage où les aspects cognitifs et sensoriels sont mis en connexion. De tels dispositifs pédagogiques sont complexes à développer, car ils supposent de s'appuyer sur des situations réelles ou aussi

proches que possibles de la réalité ("vrais patients", "vrais instruments", etc.). De nombreux paramètres pratiques, médicaux et éthiques doivent être pris en compte.

Toutefois, les possibilités actuelles de la formation nous semblent sous-employées. L'association du vocabulaire aux perceptions n'est que trop peu présente dans les cours de Soins infirmiers, notamment en raison de la séparation entre cours théoriques et exercices pratiques. La plupart des cours théoriques reproduisent les schémas classiquement appliqués pour des matières plus strictement cognitives : exposé d'un contenu de matière cohérent et signifiant dans sa propre clôture. Le vocabulaire s'accumule, sans son équivalent perceptif. De la sorte, on assiste à une abstraction de plus en plus grande du corps : coupé des perceptions, le référentiel sur le corps se développe de manière abstraite, conceptuelle. L'alternative de l'enseignante est de se référer, autant que faire se peut, à l'expérience quotidienne des étudiants (*"Quand vous vous coupez en épluchant des carottes pour votre barbecue, ..."*). Cette référence n'est pas toujours possible. Il n'est alors pas rare que l'enseignante s'appuie sur les expériences cliniques des élèves redoublants (avec parfois de curieuses questions auxquelles seuls les étudiants redoublants peuvent répondre : *"Les complications de la mobilisation. Citez-en quelques-unes"*).

Implicitement, ce sont les stages qui sont censés offrir aux étudiants l'occasion de faire les liens entre les concepts vus au cours et les réalités concrètes auxquelles ils renvoient. En effet, à l'hôpital les étudiants sont confrontés à un grand nombre de perceptions, mais à ce moment, faute d'une progressivité et d'un accompagnement adéquat, c'est la possibilité de pouvoir nommer, classer, organiser ces perceptions qui fera défaut. Les nécessaires articulations entre l'enseignement en classe et sur le lieu de stage sont faibles et handicapent considérablement l'acquisition efficace des compétences professionnelles (nous y reviendrons abondamment dans le chapitre consacré aux stages).

Nous trouvons, dans l'extrait d'interview qui suit, une illustration typique de la déconnexion entre les concepts vus au cours sans base perceptive et le contact avec la réalité. Ce n'est qu'au moment du stage, où il y a, via le dossier du patient, un trait d'union entre l'objet et le nom qui désigne l'objet, que l'apprenant peut réellement intérioriser le vocabulaire professionnel. Jusqu'alors, il s'agissait de catégories abstraites ou (comme ici) de représentations erronées, parce que bricolées sans référent concret.

Géraldine me détaille ce qui l'a étonnée les premiers jours de son premier stage :

- *Ben, en fait, quand par exemple, quand madame L. [prof de technique chirurgie] dit des termes, ou je ne sais pas, moi, par exemple "un tuteur externe" : en fait, c'est des broches. Et moi, je ne pensais pas que c'était ça. Je ne sais pas, ... un tuteur, moi, je pensais que c'était comme un tuyau, je ne sais pas quoi, quand on dit : "un tuteur". Quand on dit un tuteur, je ne pensais pas que c'était des broches, en fait c'est des broches dans ton tibia.*
- *Comme le monsieur où on a été refaire le lit ?*
- *Voilà. Ben moi, je ne pensais pas que c'était ça, je pensais, je ne sais pas, un tuteur, un tuyau quoi. (...)*

4.2.5 Synthèse des cours théoriques

Nous avons à présent fait le tour de la plupart des cours théoriques de Soins infirmiers dispensés en première année. Avant de passer à l'analyse des séances de travaux pratiques, reprenons de manière synthétique les résultats de nos observations.

Par définition, ces cours ne forment pas aux aspects pratiques des soins, c'est davantage au niveau de la représentation du corps, du patient et de ses relations avec le soignant qu'ils véhiculent qu'ils sont instructifs.

Par le choix du modèle Henderson et les D.I., ainsi que via les modalités pédagogiques employées, c'est un corps du patient *abstrait* et *morcelé* qui se construit. Il y a dilution de la personne humaine, par l'atomisation de l'observation en besoins éclatés et le renforcement d'une vision ethnocentrique de la personne humaine. Nous avons aussi observé la valorisation de la *soumission* du patient.

Abstraction-atomisation-soumission sont sans doute les trois termes qui résument le mieux la conception du corps du patient sous-jacente aux cours théoriques. Cette conception s'inscrit pleinement dans la lignée de la conception médicale traditionnelle occidentale héritée du cartésianisme.

Le choix de ces deux modèles conceptuels (besoins de Virginia Henderson et Diagnostics Infirmiers) et l'importance accordée aux théorisations et références scientifiques comme base de la définition des compétences pratiques et de la formation prennent sens dans le cadre de la professionnalisation des Soins infirmiers. Ils permettent l'affirmation d'un savoir infirmier professionnel (une compétence, un savoir-faire professionnel) distinct du savoir médical scientifique et du savoir profane, avec la constitution d'un champ d'action autonome.

Deux options s'offrent alors aux jeunes étudiants : certains peuvent être séduits par le formalisme du discours théorique et dévaloriser les apprentissages ancrés sur l'expérience clinique, d'autres peuvent se sentir dépassés ou déçus par la théorisation et se tourner vers une pratique professionnelle privée de toute dimension réflexive.

Au plan interactionnel, il est peu question dans les cours théoriques des difficultés liées aux contacts intimes entre patients et soignants. Lorsque la dimension relationnelle et incarnée des soins est abordée, c'est aussi de manière assez abstraite et/ou isolée des autres dimensions des soins.

De manière générale, l'enseignement dans les cours théorique prend peu appui sur l'expérience concrète, qu'elle soit issue de la vie quotidienne ou des stages. La plupart des notions introduites sont enseignées au niveau du discours, avec peu de référence aux perceptions. Les apprentissages théoriques construisent un stock de connaissances abstraites peu opérationnalisées et sans doute peu utiles pour les futurs soignants.

Ces approches théoriques, plus reproductrices qu'innovatrices par rapport à la conception ambiante du corps et du rapport au corps, préparent, sans doute malgré elles, le repli des étudiants sur des stratégies de dépersonnalisation et de réification du patient dans l'affrontement des situations en conflit avec les tabous et normes sociales. Nous y reviendrons dans l'analyse des stages hospitaliers.

Deux cours font exception à cette approche, PGSI et Santé mentale, qui, chacun à leur manière, critiquent et questionnent la vision du corps et proposent des alternatives.

Le cours de PGSI développe une approche très élaborée du rôle du soignant et du soin, y compris dans ses dimensions corporelles et relationnelles. Mais le mode d'enseignement est essentiellement transmissif, basé sur la théorisation. Les étudiants se montrent peu réceptifs

aux illustrations par des cas cliniques. Le cours de Santé Mentale tente également de rompre avec une vision positiviste et abstraite du corps et de sensibiliser les étudiants à la dimension incarnée des soins. Les mises en situation "expérimentales", la transgression des normes d'interaction, les tentatives de métacomunication ou la confrontation directe avec des alternatives trop "exotiques" dans le cadre de la classe n'atteignent cependant pas l'effet escompté.

Les cours théoriques tels que prévus dans ce programme de formation semblent peu adaptés à un travail sur les compétences interactionnelles des soignants. D'autres modalités pédagogiques permettraient peut-être d'aborder ces questions avec les étudiants et de les amener à développer des représentations, des attitudes et comportements différents dans leur relation au patient.

Nous allons voir à présent comment se déroulent les séances de travaux pratiques et observer comment le corps est abordé tant du point de vue instrumental qu'expressif.

4.3 Les séances de travaux pratiques

Dans la formation des étudiants de première année, une grande importance est donnée à l'acquisition de savoir-faire professionnels. Ceux-ci sont essentiellement enseignés au travers de séances de travaux pratiques consécutives à l'enseignement d'un "besoin" (cf. supra). Par leur objectif explicite de former les étudiantes à des techniques de soins, ces séances sont bien entendu pour nous un lieu privilégié d'observation de la socialisation corporelle. Nous avons choisi d'organiser la présentation de ces séances de travaux pratiques en quatre parties.

Premièrement, nous présentons les séances de travaux pratiques articulées à l'enseignement des besoins qui portent sur les "soins de base" (4.3.1). Il s'agit de techniques ou de soins dispensés aux patients, qui ne s'inscrivent pas à proprement parler dans une logique de prise en charge thérapeutique d'une *pathologie*, mais comme une prise en charge du *patient* pour des actes de la vie quotidienne qu'il n'est pas à même de réaliser lui-même. Il s'agit pour l'essentiel d'activités que tout un chacun est apte à réaliser lorsqu'il est en bonne santé (réfection des lits, toilette). En général, les infirmiers n'ont pas l'exclusivité de la réalisation de ces soins.

Dans un second temps, nous présentons les séances de travaux pratiques articulées à l'enseignement des besoins qui portent cette fois sur des "soins techniques" (4.3.2). Nous désignons par là les activités qui constituent des soins et qui en principe peuvent uniquement être dispensés par du personnel qualifié (pansement aseptique, injection, etc.)

En troisième lieu, nous décrirons et analyserons le cours de Secourisme (4.3.4), qui n'est pas à proprement parler un cours de Soins infirmiers. Toutefois, c'est un cours dans lequel les étudiants sont physiquement mobilisés de manière intensive et qui véhicule de ce fait un potentiel élevé de socialisation corporelle.

Enfin, nous aborderons le cours de Manutention (4.3.4). Ici aussi, les étudiants sont physiquement impliqués de manière explicite. C'est également un cours qui se présente comme apportant une compétence spécifiquement infirmière, et dont l'Ecole, pionnière en la matière, tire une certaine fierté.

Ce découpage en quatre parties renvoie à une catégorisation de quatre types de soins ou de gestes professionnels distincts dans le programme de formation au plan des contenus présentés, mais aussi dans les modalités concrètes par lesquelles ils sont enseignés.

4.3.1 Les soins de base: intrication des dimensions instrumentales et expressives

Nous relatons ici deux séquences d'apprentissage. (A) La première concerne l'apprentissage de la réfection des lits, (B) la seconde concerne l'apprentissage de la manière de réaliser la toilette d'un patient alité. Remarquons que ces séances d'exercices sur ces thèmes ont lieu avant que les étudiants partent en stage.

A. La réfection des lits

La réfection des lits. La première séance de travaux pratiques proposée aux étudiants est celle qui concerne la réfection des lits des patients. Pour l'équipe pédagogique, il va de soi que *"les lits et les toilettes, elles doivent avoir vu ça avant de partir en stage"*. Au cours de la première séance de cours, les quarante premières minutes sont consacrées à un exposé sur les différents types de matelas, sommiers, oreillers, etc. Puis on procède à une démonstration de la réfection complète d'un lit, avec un mannequin entre les draps. Ce sont deux étudiantes redoublantes qui effectuent cette démonstration. L'enseignante donne a priori comme consigne : *"parlez au mannequin. J'explique à la dame que je vais mettre un coussin"*. Une des caractéristiques distinctives de la réfection des lits est le repli du rabat du drap "en triangle". L'enseignante vante l'efficacité de ce savoir-faire : *"Les lits des infirmières ne se défont jamais"*. Autre élément technique de la réfection des lits : *"l'accordéon"* pour rabattre le drap. Une main au mur, on croise, on décroise les bras en tenant le drap, comme une cisaille. Les étudiants ne posent pas de questions pendant la démonstration. A la fin de cette démonstration, les étudiants s'essaient à leur tour, par groupe de deux. Jessica inspecte son mannequin mutilé. L'enseignante la rappelle à l'ordre : *"faut pas regarder"*. Certains étudiants ont des difficultés perceptives à reconnaître l'endroit et l'envers des draps : *"Quel est le côté le plus doux ?"*. Sophie, étudiante redoublante, intervient pour aider une novice : elle commente peu, mais place sa main sur celle de la novice et accompagne son geste. Jessica interpelle sa coéquipière : *"dépêche-toi, madame n'est pas bien"*. Ça fait rire tout le monde, même si l'enseignante commente *"elle a raison"*, et enchaîne : *"quand on fait un lit à deux, le centre d'intérêt, c'est qui ? C'est le patient, alors n'allez pas parler entre vous de votre petit copain, ça n'intéresse personne."* Un autre fou rire secoue le groupe : en dépliant les draps, Élise couvre complètement la tête du mannequin. L'enseignante évalue l'exercice : *"vous avez l'air tout à fait dépassées"*. C'est vrai qu'Aurélien ne sait pas du tout comment faire, et reste, soit les bras ballants, soit à retourner les draps en tout sens. L'enseignante poursuit : *"Alors là, je suis un peu en train de la stresser, je dis 'vas-y, vas-y', car en clinique, il faudra vous presser."* Les élèves s'inquiètent : *"on a beaucoup d'heures, pour apprendre les lits ?"*. *"Ah non, juste maintenant, 2h30".* *Maintenant, chacun fait au moins un lit, le reste, vous le ferez chez vous ou pendant les temps de midi"*. Les groupes se succèdent. Déjà dans la salle de travaux pratiques, le rituel est figé : c'est toujours l'étudiant de gauche qui fait le lit, et celui ou celle de droite qui soutient le mannequin. Géraldine en est au "triangle" : *"c'est comment ?"*. Sophie et l'enseignante s'en mêlent. *"C'est juste, comme ça ?"*. On fait et refait trois fois le triangle. *"Mais tu le vois, normalement, non ?"*. Non, Géraldine ne voit pas. Elle prend beaucoup de temps à replier son drap ... sale. Elle replace l'alèse avant le drap de dessous, puis s'aperçoit du résultat grotesque obtenu. *"Réfléchissez dans vos couches"*. Géraldine est perdue, elle a formé des plis dans ses draps. L'enseignante décompose : *"main en dessous, puis tu regardes si c'est bien tendu"*. Pendant ce temps, Sophie commente à mon intention : *"le problème, à l'hôpital, quand on fait avec les infirmières, elles vont plus vite, elles ne comprennent pas, alors on s'énerve, on emmêle tout"*. Le groupe suivant démarre. A la demande des élèves, une d'entre elles prend la place du mannequin dans le lit. Anne-Catherine s'arrête pour demander à l'enseignante *"comment on attrape la personne pour la*

retourner". L'enseignante fait remarquer que la première chose à faire, "c'est de demander à la personne ce qu'elle sait faire".

- **Dimensions expressives et instrumentales**

A l'instar du "lavage des mains", la technique du triangle de la réfection des lits combine les fonctions expressives et instrumentales des compétences incorporées. Comme le rappelle l'enseignante, cette technique est *efficace, et propre* aux infirmiers : "c'est à ça (entre autres) qu'on les reconnaît". De la même manière que pour le lavage des mains, la compétence infirmière dans le domaine de la réfection des lits ne se définit pas par une classe d'actes réservés : tout le monde peut refaire un lit. La construction de la compétence professionnelle passe par une *manière particulière* de réaliser ces activités.

On retrouve ainsi au plan sensori-moteur une logique homologue à celle que nous avons décrite au plan des catégories langagières. Certains actes sont réservés au domaine (para)médical. Leur intériorisation suppose des modalités particulières que nous développerons plus loin. Mais les Soins infirmiers comprennent également beaucoup d'activités a priori fort peu distinctes du monde des réalités quotidiennes, telles que la réfection des lits ou la toilette. Pour atteindre le statut de compétence professionnelle, ces activités sont requalifiées avec beaucoup de soin, dans une procédure infirmière. Les effets sont immédiats dans le chef des étudiants : avant la séance, tout le monde s'étonne de la nécessité de consacrer 2h30 de cours "à apprendre à faire des lits", puis rapidement, en cours de séance, les étudiants sont convaincus de l'ampleur de l'apprentissage requis : il faudra s'entraîner, non pas pour savoir refaire un lit, mais pour savoir refaire un lit *"comme (une) infirmière"*.

Pour ces deux apprentissages - lavage des mains et réfection des lits - la référence à la pratique quotidienne concrète se fait d'emblée, (l'enseignante compare avec le lavage "comme à la maison"), mais au lieu de s'appuyer sur cette compétence profane comme support de la compétence professionnelle, la formation *déconstruit* de ce référent et le remplace par un référentiel présenté comme radicalement différent.

Toutefois, l'apprentissage de la réfection des lits n'est pas totalement similaire à l'apprentissage du lavage des mains. L'apprentissage du lavage des mains semblait se satisfaire d'une simple démonstration. "Voir" suffisait à "savoir", la réorganisation cognitive de la séquence pouvait se transférer en une réorganisation de la séquence d'action sans autre forme de procès. La réfection des lits se place plus loin sur le continuum de la complexité des actes techniques à intérioriser. Tout d'abord, davantage de nouveaux éléments objectifs doivent être intégrés dans le schéma, tels que l'alèse simple ou le remplacement du drap du dessous par une triple alèse ou encore la présence du patient dans le lit pendant la réfection (ce qui est tout de même assez rare dans la vie quotidienne) ou le fait de travailler à deux. Le placement-même des draps simples est inhabituel pour certains étudiants habitués aux draps-housses et autres couettes. Ensuite, cet apprentissage est aussi plus complexe parce qu'il suppose une intégration non seulement *cognitive* mais davantage *sensori-motrice* que le lavage des mains. La dextérité sensitive doit être éduquée ("*tu sens le côté doux ?*") et plusieurs séquences motrices entièrement nouvelles doivent également être concrètement entraînées ("*l'accordéon*" et "*le triangle*"). On observe d'ailleurs que, de manière intuitive, les étudiants et/ou les "enseignants" perçoivent cette différence et s'y ajustent : tout d'abord, d'un point de vue organisationnel, à la différence du lavage de mains, une plage horaire entière est consacrée à l'entraînement individuel à la réfection des lits (ce qui peut sembler paradoxal, puisque objectivement, les risques d'un mauvais lavage des mains sont plus élevés que les risques d'une mauvaise réfection

des lits) ; de même, d'un point de vue didactique, les étudiants redoublants invités à aider les nouveaux, comme Sophie, *verbalisent peu* leurs interventions, mais utilisent leur propre corps en accompagnement du geste des novices. On a donc ici très nettement une forme d'apprentissage différente du lavage des mains, qui passe moins par une intériorisation cognitive et plus par une incorporation directe.

- **Le mannequin comme ressource didactique**

Dans cette situation d'apprentissage et, de manière générale, pour la plupart des séances d'exercices, le rôle du patient est tenu par un mannequin de plastique. Dans le cas particulier de la réfection des lits, on ne comprend pas bien ce qui motive l'usage du mannequin, plutôt que le placement d'une personne dans le lit. Il faudra l'insistance des étudiants jusqu'à la fin de la séance pour que, finalement, l'un d'entre eux prenne la place du mannequin. L'enseignante, interrogée à ce sujet, justifie son choix par le fait que *"une personne pourrait être tentée d'aider, sans le vouloir"*. Paradoxalement, le recours au mannequin est motivé par le souci de mise en situation réelle. Mais les fabricants de mannequins conçoivent de bien curieuse manière la ressemblance entre le mannequin et la personne humaine. Le caractère humain du mannequin semble se fonder presque exclusivement sur les traits du visage et sur la morphologie globale. Pour le reste, il s'agit d'une poupée creuse et raide. D'un point de vue didactique, en particulier en ce qui concerne la réfection des lits, les critères de "réalité" sont tout à fait inadaptés : le poids et la non-rigidité (*"se laisser aller"*) du patient dépendant sont totalement absents chez le mannequin. C'est tout un pan de la spécificité de la "réfection des lits avec patient dépendant" qui est évacuée de l'apprentissage et les justifications de l'enseignante apparaissent boiteuses. Mais le recours au mannequin présente d'autres ambiguïtés.

Ainsi, on peut relever dans cette séquence d'apprentissage une intention de prise en compte de la dimension relationnelle des soins. L'enseignante donne le ton et formule la consigne de *"parler au mannequin"* ... mais pas de *"parler au patient"*. Nous nous trouvons ici au cœur d'une ambiguïté fondamentale des situations d'apprentissage sur mannequin. Quel est le statut de ce mannequin ? Au travers de l'épisode de la réfection des lits, il semblerait que du point de vue des étudiants, le mannequin est avant tout un *objet*. Ainsi, en préparant ses draps, Élise n'hésite pas à couvrir complètement "par mégarde" la tête en plastique sans risque de l'étouffer. Dans cette optique, on peut comprendre qu'il soit tout à fait incongru aux yeux des étudiants de se comporter avec le mannequin inerte comme ils pourraient le faire avec un patient. Les étudiants se réfèrent implicitement aux règles goffmaniennes de l'interaction : dans la situation de soins sur mannequin, le maintien de la "normalité" suppose, par exemple, l'interdit du soliloque. Il est possible pour l'étudiant de parler à un *patient*, pas à un *mannequin*. Prenons-en pour preuve que lorsque Jessica le fait, elle provoque le fou rire de toute la classe. La réfection de lits, dans la mesure où elle est cadrée d'abord comme situation scolaire, et non d'abord comme situation de soin, entraîne avec elle les attitudes comportementales qui lui sont pertinentes (*Comment se comporte-t-on parmi ses pairs, devant un enseignant ?* et non *"Comment se comporte-t-on avec un patient ?"*). Par ailleurs, lorsque Jessica tripote le mannequin comme un vulgaire *objet*, l'enseignante la rappelle à l'ordre. Ainsi, il semblerait que, du point de vue de l'enseignante cette fois, le mannequin soit un substitut du patient, à accréditer dans l'interaction. Dans ce cadre de ces préoccupations relationnelles, on comprend encore moins l'option pédagogique de l'enseignante à recourir au mannequin plutôt qu'à un étudiant au lit.

Cette ambiguïté du statut du mannequin (*objet* pour les uns, *patient* pour les autres) produit des conséquences importantes en termes d'incorporation des compétences professionnelles. La résistance des étudiants à simuler l'interaction finit généralement par l'emporter sur les

intentions enseignantes (nous aurons l'occasion de l'expérimenter à d'autres reprises) et les aspects relationnels du soin disparaissent rapidement des séquences d'entraînement des étudiants, sans que cette situation soit clairement explicitée. Dans le meilleur des cas, l'enseignante rappellera que *"on ne va pas le faire ici, mais bien sûr, on n'oubliera pas de le faire quand il s'agira d'un "vrai" patient"*. Cet arbitrage de la situation en faveur de l'abandon des dimensions relationnelles est d'autant plus probable qu'il s'inscrit pleinement dans la logique *d'effacement ritualisée du corps* caractéristique des sociétés occidentales contemporaines. Insister sur la relation patient/soignant dans la réfection des lits forcerait à s'éloigner des attitudes culturellement intériorisées de tabou du corps. Dans la mesure où le choix du mannequin permet, implicitement, de ne pas affronter les difficultés relationnelles liées à la levée de l'interdit du contact et de la nudité, il est à ce moment fort peu remis en question par les enseignants et les étudiants. En s'opposant implicitement à cette prise en compte des aspects relationnels du soin, les étudiants ne font finalement rien d'autres qu'être les garants de l'ordre de l'interaction. On observe une espèce d'accord tacite sur le maintien de l'effacement ritualisé du corps. Même dans les cas où l'enseignante persévère dans la prise en compte des aspects relationnels, avec le mannequin comme substitut au patient, elle ne peut généralement y arriver qu'en concédant le caractère artificiel et très approximatif de la situation : *"on va faire comme si"*.

Cela aboutit, dans tous les cas, à un consensus implicite autour du fait que les actes techniques doivent être *effectivement* entraînés, alors que les actes relationnels peuvent n'être que *simulés*. Ce consensus légitime une hiérarchie de fait au sein des activités infirmières : les aspects techniques sont plus importants que les aspects relationnels.

Au-delà de la situation d'apprentissage, cette situation de simulation peut avoir des effets pervers. Notre hypothèse, à vérifier au moment des stages, est que le transfert d'apprentissage scolaire vers des situations plus "réelles" ne prévoit aucun accompagnement spécifique qui réintroduise le patient en lieu et place du mannequin dans les lieux de stage. Il y a vraisemblablement peu d'action symétrique au cadrage effectué par l'enseignante autour du mannequin qui rappellerait, d'une manière ou d'une autre, à l'hôpital, *"qu'ici, on ne travaille plus avec un mannequin, et qu'il faut donc adapter son comportement"*.

On assiste alors à un transfert des apprentissages sans discernement : les élèves ne se comportent pas avec le mannequin comme avec un patient, mais sur le lieu de stage, ils vont se comporter avec le patient comme avec un mannequin, c'est-à-dire avec un objet.

Entendons-nous : ce qui pose problème, ce n'est pas que les étudiants se refusent à interagir avec un mannequin "comme si" c'était un patient ! Nous nous interrogeons sur l'absence de prise en compte des conséquences du choix didactique du mannequin et plus généralement, de toutes les situations de simulation. Comment sont-elles cadrées ? Quels dispositifs met-on en œuvre pour identifier les différences entre la simulation et la situation de pratique effective ? Comment s'effectuent les passages d'une situation à l'autre ? Bref, comment se gère le transfert ? La plupart des pédagogues déplorent le peu de transfert d'apprentissages du lieu de formation vers la pratique professionnelle³⁷ et beaucoup s'interrogent sur la manière d'améliorer

³⁷ Nous lisons ainsi chez Toupin (1995 : 15) : *"Les études sur les pratiques de formation continue des populations adultes mettent en relief la difficulté de transférer les connaissances acquises dans la vie personnelle et professionnelle. Ainsi, quelques temps après une activité de formation, il est souvent possible de constater une régression des acquis, un retour aux anciennes façons de faire, une absence de prolongement des apprentissages dans le milieu professionnel"* Et plus loin (1995 : 189-190) *"Souvent on lit*

ce transfert (Mérieu, Develay, Toupin, Tardif, etc.). Un facteur souvent cité parmi d'autres de cette difficulté à transférer serait le fait que les apprenants perçoivent trop peu les similitudes entre la situation d'apprentissage et les situations nouvelles où la compétence pourrait s'exercer. Nous nous inquiétons plutôt des situations inverses dans lesquelles les apprenants appliquent une procédure sans s'interroger sur ce qui différencie la situation d'apprentissage de la situation nouvelle à laquelle ils souhaitent appliquer une technique.

Plus tard dans l'année, je serai témoin d'un autre épisode relatif au statut du mannequin : l'enseignante et moi-même sommes interpellées par la directrice à propos du désordre d'une salle de travaux pratiques suite à une séance de cours (injections) ; les mannequins y auraient été retrouvés non rangés, dans des postures ridicules³⁸. La directrice et l'enseignante accordent la plus haute importance aux outrages faits à ces mannequins. J'entends parler du problème du "respect du mannequin", non pas en tant que matériel pédagogique (ils ne sont pas abîmés), mais en tant que substitut de patient (c'est leur posture qui dérange). Le mannequin présente ici un caractère quasi sacré, une icône. Le mannequin *est* le patient, sans distance, ce qui s'inscrit dans la ligne du risque du transfert sans discernement que nous venons d'évoquer.

En revanche, sous d'autres aspects, les différences entre hôpital et monde scolaire sont clairement soulignées : *"alors ici, je suis un peu en train de la presser, parce qu'à l'hôpital ..."*. Le monde de l'école est présenté comme un monde artificiel. Cette "parenthèse du réel" n'est toutefois pas exploitée de manière valorisée comme occasion où peuvent s'expérimenter à loisir et de façon protégée des comportements originaux ou innovants, cette "parenthèse du réel" est plutôt stigmatisée comme qualitativement inférieure à la situation hospitalière.

Le recours au mannequin inerte dans le lit illustre aussi la conception pédagogique des situations d'apprentissage autour d'un principe "qui peut le plus peut le moins". L'idée en est de rentabiliser les séquences d'apprentissage en entraînant les étudiants sur les situations a priori les plus lourdes ou les plus complexes (même si ce ne sont pas nécessairement les plus fréquentes). Ainsi, la réfection des lits est présentée avec un patient alité complètement dépendant. Observons que, à terme, la situation entraînée tend à devenir la situation de référence. Ce problème est particulièrement bien illustré par le cas de Anne-Catherine, qui demande à l'enseignante *"comment retourner la personne"*, sans s'être préoccupée du potentiel de mobilité de la personne alitée. Si l'on n'y prend garde, le souci d'efficacité pédagogique pourrait donc aboutir, de manière involontaire, à des *comportements* infirmiers en contradiction avec le *discours* infirmier sur la valorisation de l'indépendance et/ou de l'autonomie de la personne.

B. La toilette complète au lit

La toilette complète au lit. La seconde série de travaux pratiques (*"à voir absolument avant qu'elles partent en stage"*) est consacrée à la toilette des patients. 7h30 du programme (soit trois séances de travaux pratiques) y sont consacrées. Les deux premières heures consistent en une explication théorique suivie d'une toilette de

ici et là qu'environ 87% des contenus de programmes de formation continue ne sont pas transférés. (...) Finalement, quant aux 20% de transferts positifs reconnus, il s'agit probablement là des contenus les plus faciles à transférer".

³⁸ Après "enquête", il s'agit de la négligence d'étudiants d'une autre section, venus "s'entraîner" pour des soins, et qui n'ont pas veillé à replacer le matériel.

démonstration sur mannequin. L'exposé théorique va durer une heure et quinze minutes. Les étudiants sont assis, l'enseignante expose les différents principes de la toilette. Le premier principe est celui de la communication : *"Quand vous faites une toilette, vous faites ça sans rien dire ? Vous allez communiquer. (...) C'est très positif de rentrer en contact avec les gens."* Second principe : toujours du plus propre vers le plus sale, c'est-à-dire, jamais du bas vers le haut, toujours deux gants de toilette, deux essuies, toujours du plus loin au plus près : *"retenez, c'est systématique"*. Une exception toutefois : on lave le bras éloigné (le bras distal), puis le bras rapproché (le bras proximal), puis seulement le thorax. Le besoin de symétrie, de *"ne pas trop changer la technique"* (par rapport aux autres parties du corps), l'emporte sur le critère hygiéniste énoncé (du distal au proximal). Troisième principe : la pudeur, l'intimité du malade. Pour le déshabillage, l'enseignante donne quelques conseils techniques : *"C'est plus facile d'abord la tête puis les bras. Bon, ici, les mannequins sont un peu raides, sinon, ça va tout seul."* Quatrième principe : favoriser l'autonomie du patient. Après l'énoncé des principes, l'enseignante trace au tableau le croquis d'une personne et commente, théoriquement, les différentes étapes de la toilette et des soins autour et à l'entour. *"Pendant la toilette, on devra peut-être aussi faire un petit lavement, mettre du rouge sous les seins, peut-être que la personne veut uriner avant"* On commence par le visage, puis les bras, le thorax, le dos, avec le premier gant de toilette. L'enseignante insiste, avec moult détails, sur les soins des seins, en particulier chez les personnes âgées. On parle aussi de la crasse de l'ombilic... En ce qui concerne le lavage des parties "distales", Alessandra interroge : *"Pourquoi est-ce qu'on ne passe pas de l'autre côté du lit ?"* *"Pour une question d'ergonomie : cette technique est faite pour que vous fassiez le moins de mouvements inutiles"*. On passe ensuite à la toilette de la partie "basse" du corps : jambes, toilette intime, siège. L'enchaînement des différentes séquences de la toilette est assez complexe : on change le gant de toilette avant l'eau. Ainsi, les jambes sont lavées avec la même eau, mais pas le même gant de toilette que le tronc. On change l'eau du bassin au moment de la toilette intime. L'enseignante poursuit : *"La toilette intime. Chez la femme, qu'est-ce qu'il y a comme trous ? Le méat, le vagin, l'anus. Les petites lèvres, les grandes lèvres, le clitoris, (n'allez pas trop commencer à récurer, ça peut donner des sensations désagréables pour la patiente). Chez un homme. Qu'est-ce qu'il y a chez l'homme. Toilette intime chez un homme. Une femme sait se contrôler, un homme, pas toujours. Il peut y avoir des sensations. C'est une réaction physiologique. Vous remettez le drap, vous parlez d'autre chose."* Ce n'est qu'en fin d'explication que l'on prononcera le terme "érection" (*"ah, c'est donc de cela dont on parle!"*). Après ce récapitulatif, Caroline et Sophie, redoublantes, sont appelées pour faire une démonstration sur mannequin. On rappelle qu'il faut enlever ses bijoux (ce que Caroline avait fait spontanément), pour (1) ne pas griffer le malade, (2) l'hygiène hospitalière. Seule exception tolérée : l'alliance, *"elle est tellement polie qu'elle ne garde pas les microbes"*. Pendant que Sophie et Caroline lavent le mannequin, l'enseignante rappelle les principes de symétrie et d'économie des mouvements. Après le rinçage du torse, elle interrompt Caroline et Sophie et se tourne vers la classe pour interroger : *"Si après avoir rincé une fois, on voit qu'il reste encore du savon, est-ce qu'on peut repasser une deuxième fois ?"* La démonstration s'achève. Les étudiants, par groupe de deux, s'essaient à la toilette du mannequin. C'est vraiment une "toilette de mannequin" : on papote, on regarde ailleurs. Rappel à l'ordre de l'enseignante : *"au chevet du patient, vous n'allez pas rire comme ça!"*. Autant c'était silencieux pendant la démonstration, autant c'est bruyant maintenant. L'enseignante évoque en un tout le *"respect du patient et du mannequin"*. Mélissa

hésite sur le moment du changement d'eau : le mannequin qu'elle lave est propre, elle manque de repères. J'interviens malgré moi : *"Fais comme tu ferais pour toi"*. L'enseignante me fait part de son étonnement devant leur *"manque de bon sens"*. La seconde séance de travaux pratiques pour la toilette aborde les *"soins annexes"* (cheveux, dents, rasage, ...). C'est aussi l'occasion d'évoquer l'intégration de la toilette parmi les autres soins à apporter au patient (le lavement, l'administration de médicaments par voie cutanée, etc.), en tenant compte de divers principes : l'autonomie du patient, son confort, l'hygiène hospitalière, la pathologie, etc. Ensuite, on procède à une démonstration du lavage des cheveux. Dans un premier temps, Laura lave les cheveux d'Olivier à l'évier. Puis, avec l'aide d'Alessandra, elle lave les cheveux d'Yvan au lit. Pour terminer la séance, les étudiants qui n'en ont pas encore eu l'occasion lors de la séance précédente s'exercent à la toilette du mannequin, dans le plus grand brouhaha. La troisième séance, quelques jours plus tard, est une séance récapitulative : l'enseignante souhaite faire une toilette *"plus complexe"*. Sur le mannequin déshabillé, elle place une perfusion, une sonde vésicale (elle vérifie qu'elle tient bien en tirant sur le pénis en plastique), un pansement, un redon, un bandage contre les plaies de lit, un lange d'incontinence. L'enseignante parle du mannequin et s'adresse à lui au masculin et au féminin sans cohérence, ce qui fait beaucoup rire les étudiants. En attendant que tout le monde *"soit passé"*, l'enseignante propose aux autres élèves de s'entraîner à la prise de tension. Les étudiants acceptent avec empressement. Pendant la toilette, la tête du mannequin tombe : Grégory la rattrape au vol, avec beaucoup d'adresse. L'enseignante insiste sur la toilette comme moment de vérification d'un tas d'information : la tension, mais aussi l'état de la perfusion, des pansements, des redons. Laura demande combien de temps il faut pour faire une toilette. L'enseignante répond : *"Tu prends le temps qu'il faut ... mais tu verras que quand tu seras habituée, tu iras de plus en plus vite"*. Pour l'ordre des opérations (le lavement, avant ou après ?), l'enseignante insiste sur la prise en compte des préférences du patient et les échanges que l'on peut avoir avec lui : *"je préviens le patient que je vais lui faire un lavement (...)"* *"ça va, monsieur, je vous l'enlève, serrez un peu les fesses", c'est ça qu'il faut dire. On le met sur la panne. "Ça va, est-ce que vous êtes bien ?" Et puis je laisse le patient. C'est très bien de penser à l'intimité. On le laisse, attention, toujours avec la sonnette, pour qu'il puisse appeler"*. Dans le choix du pansement, l'enseignante réaffirme la position subalterne de l'infirmière : *"toujours agir selon les ordres du médecin"*. Laura se précipite pour voir comment on va laver une sonde vésicale, Jessica la rejoint, puis Géraldine. *"Attention, ne pas dire 'et merde!', devant le patient, et si vous travaillez à deux, ne commencez pas à rire pour de bêtes petites feintes, le patient peut le vivre très mal"*. Laura reste vautrée dans le lit. Au moment de la friction du dos du mannequin, le plastique crisse. Olivier met en exergue l'incongruité et l'artificialité de la situation : *"Tu veux un peu d'Instanet ?"*. Une des étudiantes redoublantes amène la discussion sur les moyens de contention, et son malaise par rapport à ça. *"Oui, mais parfois, il n'y a pas moyen de faire autrement."* *"Oui, mais quand on les attache, ils sont encore plus nerveux"*. *"Oui, essayer de les calmer, c'est le mieux, et quand il y a des stagiaires qui peuvent rester tout près, c'est bien, mais une infirmière qui doit tenir tout un service, faire ses pansements, ses injections ... Est-ce que tu crois qu'on a le temps ?"*. Les élèves sont renvoyés à leur incompétence, mais Caroline n'a pas l'air convaincue. Pour la toilette, peu d'étudiants se construisent des outils d'apprentissage (listes, fiches ...); d'après l'enseignante, de toute façon, c'est inutile, *"elles vont en faire tellement"*.

- Les dimensions instrumentales et expressives

Nous retrouvons, dans cet épisode de la toilette, plusieurs caractéristiques d'apprentissage déjà évoquées pour le lavage des mains ou la réfection des lits. Ici également, l'apprentissage ne porte pas sur un "acte réservé" de la profession infirmière : se laver, cela est accessible à tout un chacun. La spécificité de la toilette infirmière réside dans le fait (1) de laver autrui, (2) en particulier dans une situation de dépendance et/ou de fragilité physique et/ou psychique, (3) dans une culture où l'accès au corps de l'autre, en dehors d'un contexte sexuel ou de soin parental, est tabou. C'est bien en ce sens que la toilette peut être qualifiée de soin et qu'elle nécessite une formation professionnelle. La difficulté de ce soin vient également de sa complexité organisationnelle, au sens où la toilette intègre plusieurs activités quasi-simultanées (d'observation, de soins thérapeutiques, de revalidation, d'éducation du patient, etc. : *"il faut penser à tout"*). Novices en ces domaines, les étudiants ont besoins de principes et de repères.

Toutefois, ce n'est pas de cette manière qu'est présentée aux étudiants la spécificité de la "toilette infirmière". Nous observons un glissement des objectifs d'apprentissage des difficultés relationnelles et organisationnelles variées vers le registre technique. L'enseignante pose la spécificité de cet acte en termes de *technique*, et non en termes de *finalité* ou de *contexte relationnel*. L'enseignement de la toilette, comme celui le lavage des mains ou la réfection des lits, porte surtout sur l'ordre et le détail de la procédure du soin. La formalisation est particulièrement prononcée. L'ordre d'enchaînement des différentes parties du corps à laver est strictement défini, de même que le moment du changement d'eau et le changement de gant de toilette. La procédure est extrêmement figée. Les justifications implicites et explicites sont classiques, il s'agit de l'hygiène et de l'ergonomie. Toutefois, nous observons qu'à certains endroits, la logique de formalisation décolle de son ancrage instrumental et devient une fin en soi : le formalisme glisse vers une esthétisation du geste. Prenons pour exemple la toilette du thorax telle que décrite par l'enseignante : la logique de base est celle de l'ergonomie (principe distal/proximal), mais elle peut souffrir une entorse (les deux bras puis le torse), dans la mesure où cette exception permet de maintenir une symétrie du meilleur aloi dans l'ensemble de la toilette. A certains moments donc, la forme prend le pas sur l'objectif du soin. Ce formalisme des procédures est poussé au point qu'il amène à des situations pédagogiques surréalistes, comme en témoigne la question de l'enseignante : *"Si on s'aperçoit que ce n'est pas bien rincé, est-ce qu'on peut passer une deuxième fois ?"*. Le trouble des étudiants par rapport à cette question indique combien ils ont déjà intériorisé le primat de la règle sur l'esprit du soin et ressentent un réel sentiment d'incompétence par rapport à la toilette qu'ils considéraient une heure plus tôt comme si banale. Nous avons déjà observé ce phénomène au moment de la réfection des lits : l'apprentissage d'une compétence infirmière se construit sur la déconstruction du modèle commun, remplacé par un référent infirmier présenté comme radicalement différent.

Les effets sont manifestes auprès des étudiants. Lors de son premier stage, Géraldine nous confirme l'importance que la technique a prise dans sa manière de faire les toilettes :

- Il y a quand même des choses que tu as vues à l'école qui te servent ici ?
- Oui, moi, il y a beaucoup de choses qui me servent, par exemple, quand on va faire les pansements, les lits, les toilettes, ça me sert énormément, parce que, si on arrivait comme ça, et qu'on me dit "va faire une toilette", et que t'as pas vu de technique!
- Alors, tu utilises ... ?
- Ah oui, ça oui, je change mon eau, mes gants de toilettes et tout, je fais ça dans les règles, quoi. Heureusement qu'on a ça, parce que si on disait : "ben tiens, fais une toilette, prends un

bassin, prends deux essuies", et que t'as jamais fait de toilette de ta vie, ben, tu serais un peu gourde, entre guillemets!

Notons que ce souci de respect de la technique et des formes tend par nature à uniformiser la toilette des patients, c'est-à-dire à minimiser la prise en compte des contextes particuliers et des personnes, pour s'appliquer de manière impersonnelle. Une telle insistance sur les procédures déplace aussi les critères d'évaluation du soin. Ainsi, la vitesse est posée comme critère d'excellence, de compétence (*"Tu prends le temps qu'il faut ... mais tu verras que quand tu seras habituée, tu iras de plus en plus vite"*). Ce critère est centré sur l'infirmier, et non sur le patient (le temps dont lui a besoin). Le choix du dispositif didactique d'exercer à la toilette "chacun à son tour" conduit aussi implicitement à une représentation tayloriste des soins, réalisés "à la chaîne". Anticipons sur les stages : il y a fort à parier que pour les étudiants, une "bonne toilette" ne sera pas celle au terme de laquelle le patient se sent subjectivement propre et rafraîchi, mais celle qui aura été faite dans les règles de l'art, comme le prescrit le modèle. Le choix didactique de l'accent sur la forme renforce aussi la tendance spontanée des *novices* à s'appuyer sur des règles décontextualisées.

- **Le mannequin comme ressource didactique**

Nous avons déjà parlé également du choix du mannequin dans les situations didactiques. Nos premières impressions à l'occasion de la réfection des lits se confirment dans le cadre de la toilette. Les élèves papotent, regardent ailleurs, ... Il est vrai que la conception des mannequins, nous l'avons déjà mentionné, porte peu à l'identification à un patient, particulièrement en ce qui concerne la toilette. L'usage du mannequin concrétise une euphémisation radicale du corps : il ne pèse rien, il n'a pas d'odeur, pas de poils, pas de chaleur, il n'est pas sale (on lave donc des mannequins propres), pas obèse, pas vieux, ses caractères sexuels primaires et secondaires sont dénaturés. On pourrait laver des voitures, ce ne serait pas tellement plus éloigné de la réalité hospitalière (à l'hôpital, on dit d'ailleurs parfois *"faire le carwash"* pour désigner les toilettes). De plus, dans l'installation du matériel (redon, sonde, pansement, perfusion) le mannequin est clairement un objet : il est manipulé, retourné, déplacé sans considération, devant les étudiants, sans retrait en "coulisse" (l'enseignante, par exemple tire sur le pénis en plastique pour vérifier que la sonde vésicale est "bien accrochée"). L'incohérence de l'enseignante à désigner le mannequin tantôt au masculin, tantôt au féminin précise également le statut d'objet de celui-ci. Toutefois, sans transition, l'enseignante enjoint ensuite de *"communiquer"*, de *"respecter le patient et le mannequin"*. Devant cette ambivalence d'attitude, on comprend la difficulté des étudiants à s'impliquer dans un "jeu relationnel" avec le mannequin.

Intentionnellement ou non, cette définition polyvalente du statut du mannequin pendant les cours (tantôt sujet, tantôt objet) prépare une attitude ambivalente envers le patient à l'hôpital; ce contexte pédagogique favorise l'objectivation du patient comme stratégie de gestion des interactions au détriment de toute autre attitude alternative.

Devant nous, l'enseignante qui forme aux toilettes balaie la suggestion de laver un des étudiants : *"l'étudiant risque de prendre froid, combien de couches de savon va-t-il avoir, ce n'est pas bon pour la peau,"* etc. De toute manière, cette alternative n'est qu'un pis-aller : il est inconcevable, dans le cadre scolaire, de procéder à la toilette intime d'un (futur) soignant devant ses pairs, par exemple (cf. infra, interview de Nicolas).

Dans la mesure où le choix du mannequin permet, implicitement, de ne pas affronter les difficultés relationnelles liées à la levée de l'interdit du contact et de la nudité, il est à ce

moment fort peu remis en question par les enseignants et les étudiants. On observe à nouveau l'accord tacite sur le maintien de l'effacement ritualisé du corps.

En définitive, des quatre principes de soin (communication, ergonomie et hygiène, pudeur et autonomie du patient), seul le critère plus "technique", l'hygiène et l'ergonomie, fortement formalisé, peut être entraîné en classe. Ni la communication, ni l'autonomie, ni la pudeur ne peuvent réellement être travaillées avec un mannequin. Nous retrouvons ainsi le même mécanisme que celui mis en évidence déjà pour la réfection des lits : une occultation des aspects relationnels et incarnés du soin, la réaffirmation de la hiérarchie des actes techniques sur les aspects de communication, et la préparation d'un transfert sans discernement dans les lieux de stage

Voici en quels termes Nicolas, compare la toilette d'un patient avec la toilette d'un mannequin :

- *Non. Oh, on a déjà vu, c'est pareil, hein, on fait sur le mannequin, on le fait sur quelqu'un. Y a que la peau, quoi, c'est un peu plus chaud, c'est tout. Non, c'est pareil, ça change rien du tout.*

C'est pourtant la seconde fois, après la réfection des lits, que nous rencontrons l'injonction de "*communiquer avec le patient*", mais sans que soit précisé ni l'objectif, ni le contenu de cette communication. Dans cet épisode-ci, comme lors de la présentation théorique du B10 ("*besoin de communiquer*") ou lors des stages en maison de repos, la communication est pratiquement posée comme *une fin en soi*, toujours bénéfique et indépendante du contexte dans lequel elle s'inscrit, des fonctions qu'elle peut remplir selon les situations. La communication est également toujours envisagée uniquement sur le plan verbal et intentionnel. Ceci produit l'impression que l'on encourage l'étudiante à "parler pour parler". De ce point de vue, il n'est pas sûr que le résultat de ce "bavardage" soit une communication personnelle et positive avec le patient. Picard suggère d'ailleurs que cette "injonction de communication" fonctionne essentiellement comme moyen de contrôler par une sorte de "diversion" le malaise éventuellement suscité par le soin : "*le patient et le médecin peuvent établir toute une série de comportements conjuratoires ayant pour effet de désamorcer l'impact du contact. C'est sans doute ainsi qu'il faut comprendre le conseil donné par un gynécologue à ses collègues dans une revue médicale de "d'abord et avant tout parler : parler avant, pendant et après. " (...) Parler du corps, parler sur le corps est un excellent moyen d'appivoiser le corps en tant que sujet pulsionnel. On peut remarquer d'ailleurs que les femmes parlent beaucoup lorsqu'elles sont chez le coiffeur ou l'esthéticienne (des lieux où on les touche). C'est peut-être une conséquence de l'intimité connotée par le contact ; mais parler de sa peau ou de sa coiffure, c'est aussi une façon de se détourner de son corps ému ou gêné par le contact professionnel.*" (Picard, 1984 : 67). Les rituels conjuratoires, tels l'hyperactivité verbale ou motrice, comblent anticipativement le flou de l'interaction et ne permettent pas au corps d'affleurer à la conscience des acteurs. Ils fournissent aux interactants, en particulier au soignant novice, toute une série de "distracteurs" qui occultent les éléments potentiellement problématiques de la situation. Nous aurons l'occasion d'observer, au moment des stages, ce que devient cette "communication" au chevet du patient, en particulier la manière dont le patient en négocie le statut au cours du soin.

• Le corps sexué du patient et du soignant

Il est également curieux que les séances de travaux pratiques, qui sont consécutives à un cours théorique sur la même matière (ici, en l'occurrence, B7, "*besoin d'être propre et de protéger ses téguments*"), comportent en leur sein une importante partie théorique. Tout se passe comme si

les mises en situation pratiques et concrètes étaient postposées au maximum et réduites à la portion congrue.

Au cours de la séance, l'enseignante évoque une possible érection du patient au cours de la toilette. Lorsqu'il s'agit de la description anatomique, technique, des organes génitaux du corps abstrait, les termes étaient crus et précis (méat, vagin, anus; pénis, anus). Lorsqu'il s'agit, avec le problème de l'érection, d'évoquer davantage les émotions et la chair vivante, les formulations sont différentes : l'enseignante parle plutôt de "sensation"; quant à la manière de réagir dans cette circonstance particulière, elle conseille de "faire semblant de rien", selon un principe classique d'effacement rituel du corps. De manière plus générale, tout contact corporel avec le patient qui pourrait procurer du plaisir est suspect. C'est sans doute une des ambiguïtés du nursing : l'objectif des soins est en théorie le mieux-être du patient, mais le mieux-être est malsain s'il est procuré par un contact corporel personnel. *"Le contact charnel dans les soins, surtout s'il vise à apporter un certain confort au patient, est tellement suspect dans la pratique soignante, que, parfois sans s'en rendre compte, l'infirmière le limite à son plus strict minimum, ayant parfois tendance à recourir aux gants à usage unique plus souvent que nécessaire"* (Verani, 2001 : 32-33). Dans cet ordre d'idées, l'enseignante a soin d'indiquer que l'érection est une réaction physiologique et affirme ainsi implicitement qu'elle ne peut être interprétée comme un contact de personne à personne qui impliquerait des émotions, ou une relation. Nous observons ainsi une grande difficulté, dans la formation, à assumer la dimension incarnée du soin. Le corps construit par les Soins infirmiers n'est pas un corps construit aussi comme lieu de plaisir, d'émotion, d'intimité. Ce qui pourrait faire du patient une personne, avec des émotions dont il faudrait tenir compte, est mis à distance ou traité de façon réductrice : lorsque l'enseignante s'intéresse au travail d'un des groupes, elle interroge *"A-t-elle bien fait sa toilette intime ?"* *"Non, elle n'a pas décalotté"*, répondent avec humour les étudiants redoublants qui observent la scène (il n'est pas possible de décalotter le pénis en caoutchouc). *"Oui, mais elle a fait comme si ?"* reprend l'enseignante. *"Oui"*. *"Alors, ça va"*. Ainsi donc, faire correctement la toilette intime d'un homme se réduit à bien décalotter le pénis. En ce qui concerne la toilette des femmes, l'enseignante invoque plutôt l'argument de "sensations désagréables" pour éviter de s'attarder sur la zone génitale. Une construction particulière de la différenciation sexuelle s'amorce ici : la sexualité des hommes est physiologique, incontrôlable, la sexualité féminine est contrôlable (d'ailleurs, la stimulation des organes génitaux de la femme est présentée comme potentiellement désagréable). Cette caractérisation de la sexualité féminine contrôlée n'est pas innocente si on la réfère non seulement aux patientes, mais aussi aux infirmières : en tant que femmes, on attend d'elles le contrôle, la retenue des émotions.

En effet, comme l'explique Lawler, *"le travail des infirmières implique une forte activité émotionnelle parce que, en apprenant à faire la toilette de quelqu'un au lit, sur le plan physique comme sur le plan technique, elles sont censées apprendre à contrôler leurs émotions. Ce contrôle émotionnel fait partie de l'approche "professionnelle" de l'infirmière qui consiste à apprendre à effectuer des soins corporels ainsi que d'autres fonctions propres à ce métier. De nombreux aspects de la pratique infirmière ont changé depuis qu'existent les soins individualisés au patient (...). Un de ces changements consiste à reconnaître comme normales, si ce n'est souhaitables, certaines émotions, car il n'est probablement pas sain pour les infirmières (ou pour quiconque) de refouler leurs émotions. Néanmoins, historiquement, une des caractéristiques d'une "bonne" infirmière, était sa faculté de cacher ses réactions émotionnelles et d'entretenir un air de détachement - une sorte de distance professionnelle vis-à-vis de son travail. (...) Le contrôle émotionnel, en tant qu'idéal de la pratique professionnelle, fait aujourd'hui l'objet d'une évaluation sérieuse dans la littérature de recherche. Benner et Wrubbel (1988), par exemple, affirment qu'il est impossible aux infirmières de s'intéresser à ce qui arrive aux*

patients et de les aider pendant l'expérience de leur maladie sans un certain degré d'implication" (Lawler, 2002 : 138-140).

Le formalisme des procédures des soins corporels associé à une neutralité affective et un contrôle des émotions peut se lire simultanément comme stratégie pour échapper à la gêne des corps à corps et comme voie de construction de la professionnalité en Soins infirmiers.

"La nature technique et rituelle de telles pratiques aide à gérer le travail infirmier en permettant de faire abstraction des conventions sociales normales concernant la nudité des gens et le fait d'avoir à les déshabiller ou à toucher leur corps. Elle permet aussi à l'infirmière de se concentrer sur tout autre chose que les règles sociales transgressées. Wolfs (1986) estime que certains actes de soins sont accomplis comme des rituels afin de pouvoir gérer socialement les événements. (...) L'absence d'affectivité est un moyen par lequel les infirmières se donnent un cadre ; en ce sens, elle les aide à gérer les situations qui, autrement, risqueraient d'être embarrassantes" (Lawler, 2002 : 140-142).

Ainsi, l'aspect ritualisé du soin doit s'interpréter plutôt comme une compétence autocentrée destinée à permettre au soignant d'effectuer son soin dans le cadre de la transgression de règles sociales d'interaction. Lawler poursuit : *"Cependant, l'absence d'affectivité peut devenir pour les infirmières la réponse émotionnelle standard, programmée; en ce cas, il est impossible pour l'infirmière de partager des moments difficiles avec les patients et "d'entrer en contact" avec eux sur le plan existentiel"* (Lawler, 2002 : 140-142). Ceci indique donc la difficulté à construire des compétences relationnelles et professionnelles hétérocentrées : la capacité de contrôle des émotions du soignant ne peut se concevoir uniquement comme moyen de réaliser un soin techniquement correct, mais doit se moduler de sorte que le soignant puisse doubler la qualité technique du soin d'autres qualités.

A l'occasion de la toilette, on retrouve sans surprise les consignes d'hygiène relatives au port des bijoux. Ces mesures sont tout à fait légitimes sur le plan de la santé, et on peut dès lors s'étonner de l'exception qui est faite pour l'alliance et surtout de la justification bien indigente qui est donnée à cette exception. Il nous semble possible de faire d'autres lectures de cette autorisation du port de l'alliance. D'une part, dans la même logique que ce que nous venons de détailler à propos des toilettes intimes, le port de l'alliance peut apparaître comme une protection de l'infirmière par rapport à la sexualisation du soin : en affichant son statut matrimonial, l'infirmière peut désambiguïser une partie des soins intimes qu'elle prodigue aux patients. D'autre part, l'interdiction des objets exprimant la personnalité se place dans une logique de soumission et d'anonymisation des soignants sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir. Mais l'alliance est un bijou particulier : elle n'exprime pas tant une personnalité particulière (comme pourrait le faire une bague, ou un bracelet, par exemple), que la référence à une institution sociale, la participation à un ordre social. Dans cette perspective, le port de l'alliance peut donc être toléré, puisque à la différence des autres bijoux personnels, il exprime plus la soumission des personnes que leur individualité.

- **Le propre, le sale et la soumission du patient**

La séance sur la toilette des patients amène également une redéfinition du *propre* et du *sale*. La "crasse de l'hôpital" n'est pas la "crasse ordinaire". L'application du principe "du plus propre vers le plus sale" se traduit à l'hôpital par une toilette qui va, pour la partie basse du corps, des pieds vers le bassin. Cette logique apparaît dans un premier temps contre-intuitive pour les étudiants. L'enseignante suscite leur réflexion : *"A l'hôpital, des pieds, ce n'est pas sale,*

puisque les gens sont alités ou circulent à l'intérieur. Les gens ne se salissent pas tellement, à l'hôpital". Ainsi donc, à part au moment de l'admission, la toilette des pieds n'est certainement pas pour le soignant l'aspect le plus répugnant du soin. A l'hôpital, le *sale* est constitué des sécrétions (transpiration, pus, sang, selles, urines, etc.), c'est-à-dire plutôt ce qui vient de *l'intérieur* du corps. Par contraste, dans la vie ordinaire, la souillure vient plutôt du *dehors* (poussière, terre, graisse, etc.). Cette redéfinition du sale comme étant ce qui vient de l'intérieur du corps ne contribue pas à une valorisation de celui-ci. La première toilette du patient à l'hôpital revêt parfois quasiment le statut de rite de passage. Pour le soignant, elle est généralement révélatrice des pratiques ordinaires d'hygiène du patient et constitue un moment important pour instaurer de nouvelles normes. Avec la première toilette, le patient est dépouillé des odeurs et souillures familières (crasse des pieds, des ongles, de l'ombilic, etc.) qui expriment un peu son appartenance au monde du dehors et il est désormais soumis, durant toute la durée de son séjour, et parfois de façon autoritaire, à la conception hospitalière du *propre* et du *sale*, et, plus généralement, à toute l'emprise hospitalière sur son corps. La *soumission* du patient est implicitement postulée dans l'apprentissage de la "technique" de la toilette. "[Dans l'ouvrage de Smith et Lew (1975), par exemple] dans le chapitre intitulé "mettre à l'aise le patient", les auteurs incitent l'infirmière à prendre en compte les aspects psychologiques des soins et du réconfort du patient, mais il s'agit essentiellement des différentes manières d'être gentille avec les patients. Rien ne concerne clairement la façon de gérer socialement les soins infirmiers, et on n'y retrouve que des aspects techniques. Il ressort cependant du style employé que, si l'infirmière suit les conseils, son travail sera mieux fait et les patients seront coopératifs et dociles. Il n'est pas prévu que le patient puisse refuser telle ou telle technique décrite. Le fait que les patients sont dociles va de soi (...)" (Lawler, 2002 : 51).

Observons d'ailleurs qu'une étudiante redoublante saisi l'occasion de la toilette pour évoquer son malaise par rapport au traitement de certains patients à l'hôpital : Caroline interpelle l'enseignante très exactement sur les enjeux relationnels des soins et sur le statut du patient. Dans sa réponse, l'enseignante confirme sa position du primat organisationnel sur les enjeux humains. Elle réaffirme également ce postulat de *docilité* du patient, obtenue volontairement ou par la contention si nécessaire. Caroline est ainsi renvoyée à son "incompétence" de *novice*. Comment évoluera chez l'étudiante cette dissonance entre les normes transmises par la formation, son expérience en stage et sa représentation de l'idéal professionnel ? Lui sera-t-il possible de "résister" et de développer une attitude alternative ou devra-t-elle choisir entre sa loyauté envers le système et la fuite ? Les étudiants primo-entrants ressentiront-ils le même trouble lors de leur stage ? Qu'en feront-ils ?

- **La subordination des apprentissages aux contraintes hospitalières**

Pour terminer, notons que l'important volume horaire consacré à la réfection des lits et aux toilettes des patients ainsi que le consensus autour de l'idée que c'est un préalable au stage annoncent une logique d'instrumentalisation des stages : dans un contexte de pénurie de personnel soignant qualifié, les stagiaires ne sont acceptés dans les services que dans la mesure où ils peuvent décharger les infirmiers d'une part du travail considéré comme le plus ingrat, le moins qualifié. La chronologie des apprentissages adoptée par l'école sous la pression plus ou moins implicite des hôpitaux devient de la sorte une hiérarchie des apprentissages pour les étudiants.

C. Synthèse des séances de travaux pratiques pour les soins de base

Plusieurs convergences apparaissent au plan des processus de socialisation corporelle dans ces quatre séquences d'apprentissage.

- **Quels corps ?**

Lorsque nous observons le rapport au corps qu'expriment les modalités pédagogiques employées lors des cours pratiques, le recours à une médiation plutôt qu'un travail sur le corps matériel vient à plusieurs reprises : le lavage des mains est vu sur cassette vidéo, la toilette s'exerce sur mannequin. Vidéo, mannequin, exposé théorique : la corporalité est mise à distance.

Les préoccupations hygiénistes qui déposent les individus de leurs attributs personnels ainsi que la conception de la sexualité et le contrôle des émotions produisent une logique d'anonymisation et de soumission qui concerne autant les patients que les soignants (en particulier les soignantes).

Les acteurs de la formation déploient donc beaucoup d'énergie, délibérément ou non, peu importe, au maintien du cadre général d'effacement ritualisé du corps. Les étudiants, nous l'avons vu lors de l'enquête par questionnaires, anticipent peu les difficultés des soins liées à la transgression des normes d'interaction corporelle. Ils ne semblent pas les découvrir lors des séances de travaux pratiques, et lorsque le problème pourrait être abordé, nous les voyons développer une résistance active. Symétriquement, les stratégies pédagogiques adoptées par l'enseignante évitent soigneusement de poser la question de la gestion des normes d'interactions dans les soins au corps. Ainsi, alors que nous posons l'hypothèse du cadre de la formation en Soins infirmiers comme lieu potentiel d'élaboration d'une représentation et d'un rapport au corps alternatifs, intériorisés par les étudiants dans le cadre de leur socialisation secondaire, nous observons à l'inverse que la formation aux soins de base fonctionne davantage comme lieu de confirmation des traits de la matrice culturelle dominante.

Les corps produits, ceux des patients et ceux des soignants, sont des corps-objets (mannequin, outil mécanique) ou des corps abstraits (concepts évoqués, mais sans réalité concrète).

- **L'impact de la professionnalisation sur l'enseignement des soins de base**

L'abstraction et l'objectivation des corps sont renforcées par l'optique professionnalisante dans laquelle les soins de base sont enseignés. Parce que les soins de base sont peu valorisés, la formation redore leur blason en hypertrophiant les aspects techniques de ces soins. La valorisation systématique des aspects techniques des soins au détriment d'autres aspects du soin oblitère la prise en compte du patient comme sujet : il devient le point d'application d'un outil, d'une technique, il est objectivé. Le risque est alors d'assister à un transfert sans discernement des apprentissages sur mannequin vers les lieux de stage. Cette survalorisation de la technique formalisée conduit aussi à une uniformisation des soins.

Le contexte de professionnalisation conduit à concevoir l'enseignement des soins de base sur une déconstruction des compétences profanes et une rupture avec celles-ci. La professionnalité des actes à faible composante technique se construit par la survalorisation des dimensions technique

et de la formalisation de la procédure. Les soins sont requalifiés dans une procédure rigide qui les présente comme techniques, spécifiques aux infirmiers et rationnellement fondés.

4.3.2 Les soins techniques

Les séances de travaux pratiques présentées ici concernent ce que nous appelons des "soins techniques" c'est-à-dire s'inscrivant dans une perspective plus thérapeutique que les soins de base et qui ne peuvent en principe pas être prestés par du personnel sans formation (para)médicale. Dans une logique de progressivité des apprentissages basée sur le critère de complexité technique, ils suivent chronologiquement les séances consacrées aux soins de base avec, en apothéose, les injections. Les soins techniques entraînés que nous présentons ici sont (A) l'administration de purges et lavements aux patients, (B) la prise des paramètres (température-pouls-tension artérielle), (C) le pansement aseptique simple, (D) les prélèvements et l'administration de médicaments, (E) les injections, selon l'ordre dans lequel ces cours ont débuté.

A. Le besoin d'éliminer : le lavement

Le lavement. Cette séance de travaux pratiques est consacrée au "besoin d'éliminer". On va y évoquer les problèmes de constipation, les variétés de laxatifs, les purges, les lavements. L'enseignante n'est pas en tenue blanche. Seuls les élèves redoublants ont la blouse en principe exigée pour les séances de travaux pratiques. L'enseignante lit et commente les notes du "B3 pratique". On parle d'abord des moyens d'éviter les laxatifs agressifs : l'huile de ricin (évocation des histoires de grands-mères, des films de "Don Camillo"). On parle des suppositoires, on en fait circuler. Contrairement à ce qu'on pense, certains patients ne savent pas ce que c'est. Il faut donc penser à les séparer des autres médicaments. On rit du rappel d'anecdotes de patients qui en font fondre dans leur café. C'est l'occasion pour l'enseignante d'insister sur le rôle d'éducation des patients. L'enseignante explique en vitesse comment faire un petit lavement (un "fleet"). Elle nous mime de façon burlesque différentes phases du fleet : la danse du patient qui essaie de retenir le micro-lax, le bruit d'aspiration quand on retire le micro-lax, etc. Laura explique que dans un home, elle a vu faire un lavement avec une plus longue canule : *"c'est ni agréable, ni désagréable"*, commente l'enseignante, *"c'est plus long sans doute pour que les soignants soient plus loin des patients"*. Impossible de savoir si c'est de l'humour. A aucun autre moment d'ailleurs on n'évoque les difficultés de pudeur ou d'odeur, ni pour le patient, ni pour le soignant. On rappelle toutefois de faire attention aux hémorroïdes. A cette occasion, on rappelle que constipation et hémorroïdes sont des inconvénients typiques de la grossesse. La présentation se poursuit. On rit à nouveau des anecdotes de chaises percées dont on oublie d'enlever le couvercle, ou de mettre le bassin. L'enseignante reparle des selles qui peuvent être émises pendant la poussée de l'accouchement. On évoque toutes les indications et contre-indications des lavements (hypertension, fistules, pathologie cardiaque, etc. ...). Tout cela dure environ cinquante minutes. Vient ensuite la présentation du matériel, des ingrédients et des différentes étapes du lavement. L'enseignante demande aux étudiants quelle quantité d'eau et de savon il faut utiliser. *"Personne ne sait ?"*. L'enseignante installe un bock, montre comment "clamper". L'enseignante explique les différentes opérations, insiste sur la lubrification de la sonde rectale *"parce que j'aimerais voir qu'on vous mette ça comme*

ça, personne n'aimerait". En général, dans les exemples utilisés, l'enseignante n'introduit pas de coupure nette entre patients et soignants : ses illustrations et commentaires supposent que les étudiants se mettent tantôt dans la peau du soignant, tantôt dans la peau du patient. Tout cela dure encore vingt-cinq minutes. Enfin, on se lance dans une démonstration sur le mannequin, *"Venez tous voir"*. On se rassemble autour du lit. On place le mannequin sur le côté gauche, Laura le soutient. *"Olivier, viens le faire"*. Olivier (un étudiant redoublant) installe la protection de lit. Olivier enfle des gants. On rit parce qu'ils sont trop petits. Il les enlève. *"On va simuler qu'Olivier a des gants"*. Nouveau fou rire. Olivier commente : *"vous allez voir, quand vous en ferez un, [si ça vous fait rire autant] !"*. *"Que fais-tu ?"* *"Je dis à la patiente : 'je vais vous enfoncer...' "* C'est l'éclat de rire général devant l'ambiguïté de la phrase. L'enseignante le reprend : *"Tu dis effectivement à la personne que... "*. Que quoi ? L'enseignante ne trouve pas de meilleure formulation. *"Tu lui dis de respirer calmement, à son aise"*. S'il y a des fécalomes, on recourt au débouchage manuel. C'est Caroline (une autre étudiante redoublante) qui relaie Olivier. Laura est maintenant affalée sur le mannequin. L'enseignante rappelle que ce n'est pas obligatoire de mettre des gants. Toute la simulation sur le mannequin a lieu sans eau, sans savon, sans huile, sans vaseline, et bien sûr, sans selles. L'enseignante imite le patient *"Ouille, ouille, j'ai mal, mademoiselle"*. Il faut alors *"clamper"* et descendre le bock. En tout, la simulation aura duré quinze minutes.

Dans cette séance de travaux pratiques, l'adjectif *pratique* semble bien mal choisi (quinze minutes, sur mannequin). Tout se passe comme si la confrontation concrète au soin était repoussée au maximum. Il est fort peu probable que les étudiants soient capables d'effectuer ce soin correctement auprès d'un patient sur la base de la seule démonstration qui en a été faite. Les étudiants qui ont pu s'essayer au lavement dans cette séance d'exercice sont tous deux des étudiants redoublants. Aucun novice n'a exercé ce soin avant de partir en stage et aucun dispositif n'est prévu pour évaluer les acquisitions des étudiants par rapport à ce soin avant de les déclarer aptes à le réaliser en stage. A l'instar du lavage des mains, cette séquence de cours se construit sur un modèle d'apprentissage tel que "voir, c'est savoir" : la démonstration suffirait à l'acquisition de la compétence. Nous observons à nouveau une forme de "mise à distance du corps", selon l'expression de Bautzer (2000) : l'apprentissage des soins pour lesquels le corps de l'infirmier est outil et/ou le corps du patient est point d'application se déroule de manière plus "intellectualisée", sans contact corporel. Toutefois, à la différence du lavage des mains, ce modèle semble moins adéquat pour l'apprentissage de la technique du lavement, en partie du fait qu'à la différence du lavage des mains, le lavement ne concerne pas le soignant seul, mais suppose une interaction avec le (corps du) patient et que cette interaction complexifie l'apprentissage en lui ajoutant une dimension relationnelle.

Comment cet aspect relationnel est-il pris en compte dans l'apprentissage ? Le point de vue du patient est intégré essentiellement sous l'angle de la douleur (importance de la lubrification de la sonde, interruption du soin en cas de douleur, etc.). Les difficultés éventuelles liées à la nudité, au contact avec les orifices du patient ou les matières fécales n'ont pas été évoquées par l'enseignante ni par les étudiants. Ce soin est donc relativement banalisé quant à ses dimensions relationnelles. Doit-on interpréter cela comme le fait que, réellement, ce soin ne pose pas de problème particulier qui mérite que l'on s'y attarde ? Le ton globalement léger de la séance, avec ses nombreuses anecdotes comiques, ne dissimule-t-il pas les difficultés à aborder ces tabous sociaux, comme si l'humour seul procurait un rempart efficace contre la dislocation de l'ordre corporel ? On voit ainsi combien il est difficile, pour Olivier, mais aussi pour l'enseignante, de verbaliser l'action, lors de la simulation de l'interaction. Cette séquence

d'apprentissage offre aux étudiants peu de modèles professionnels pour faire face à ces situations. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le montrer pour d'autres soins, le "choix" du travail sur mannequin accentue encore cette évacuation de la dimension interactionnelle des soins. Prenons en pour signe, par exemple, l'attitude de Laura, qui au départ maintient très correctement le mannequin, puis qui au fur et à mesure de la démonstration l'utilise comme appui. Le soin n'est pas effectué sur un patient, ni même sur un mannequin, mais sur un support en plastique percé d'un orifice.

L'enseignante, lorsqu'elle donne ce cours (ceci vaut pour les autres cours de cette enseignante également), illustre abondamment son propos d'anecdotes ou d'exemples, souvent inspirés de la vie quotidienne, dans lesquelles les étudiants sont invités à s'identifier soit au patient, soit au soignant. Cette enseignante, par son discours, n'introduit donc pas de distinction nette entre un "eux" (les patients) et un "nous" (les infirmiers). Cette attitude de référence aux expériences subjectives est intéressante, didactiquement parlant, puisque, à part peut-être les étudiants redoublants, les étudiants-novices sont à ce stade plus "patients" que "soignants". L'accrochage de nouveaux concepts ou de nouvelles compétences est donc vraisemblablement plus pertinent via le mode "patient". On perçoit d'ailleurs quelquefois l'enseignante en difficulté pour maintenir un mode d'apprentissage interactif lorsqu'il n'y a que peu de possibilités d'évoquer une expérience de la vie quotidienne. Ainsi, des questions telles que *"Quelle quantité d'eau et de savon utilise-t-on pour un lavement ?"* aboutissent logiquement à une impasse. Cet appel à une projection dans la condition de patient est également intéressant dans la mesure où elle peut favoriser *l'empathie* dans les soins. Cette attitude peut-elle compenser, dans une certaine mesure, le large déficit de prise en compte des patients et des dimensions relationnelles dans les situations de simulation des soins ?

B. Tension artérielle/pulsation

Prise des paramètres. Le premier stage approche à grand pas. Après la réfection des lits et la toilette des patients, les étudiants apprennent aujourd'hui comment prendre les pulsations et la tension artérielle, car ces trois activités (lits, toilettes, paramètres) sont pratiquement les seuls soins autorisés aux étudiants de première année à l'hôpital. On commence par apprendre comment prendre le pouls. Chacun s'entraîne sur soi. L'enseignante cite différentes sortes de pouls (intermittent, alternant, inégal, etc.). Nous passons ensuite à la tension artérielle. Pour en comprendre le principe, on trace le schéma du cœur au tableau. Ce schéma est conforme aux conventions de représentation du corps adoptées dans le milieu médical : on dessine le corps face à soi. En conséquence, l'oreillette et le ventricule droits sont à gauche du dessin, et vice versa. L'enseignante expose les différents principes à comprendre dans le fonctionnement de la tension artérielle, ainsi que les différentes situations qui justifient la prise de tension du patient. Une parenthèse s'ouvre sur le cas de l'hypertension liée au stress : *"Faut-il dire au patient la valeur de sa tension ?"*. La question est délicate. L'enseignante résume : *"On peut mentir, mais pas trop"*. De même : *"Si vous n'arrivez pas à prendre la tension, n'inventez pas, il y a des remarques des patients! Dites plutôt que ça ne va pas, les gens comprendront très bien"*. On passe ensuite à l'apprentissage de la prise de tension proprement dite, avec tensiomètre et stéthoscope. Pour bien comprendre la nature de cet apprentissage, détaillons les différentes phases de la prise de tension. Dans un premier temps, on comprime le bras du patient à l'aide du brassard, ce qui a pour effet de couper la circulation dans le bras. On place le stéthoscope au pli du coude. Il s'agit ensuite de

relâcher de façon régulière la pression du brassard. L'aiguille du tensiomètre descend. Dès que l'on entend au stéthoscope un premier battement, il faut repérer la valeur de l'aiguille du tensiomètre : c'est la valeur de la pression diastolique. On continue à relâcher doucement et régulièrement la pression (l'aiguille du tensiomètre continue à descendre), jusqu'au moment où les battements ne se font plus entendre. La circulation dans le bras est alors totalement rétablie. La position de l'aiguille du tensiomètre à ce moment précis renseigne quant à la valeur de la pression systolique. Ces deux valeurs (pression systolique et diastolique) sont à reporter au dossier du patient. L'enseignante procède à une démonstration sur Jessica. "11/7". Laura demande : *"Comment vous voyez ça ?"*. *"Comment je vois ça ? La circulation est coupée. Lorsque j'entends le premier bruit (je l'ai entendu à 11) ... J'ai repompé parce que j'ai peur d'avoir passé la pression systolique et alors, à 6 ou 7, j'entendais plus rien."* Les étudiants se placent par groupe et s'exercent. Laura, Alessandra et Jessica se rassemblent. Jessica est le patient. Laura hésite sur le sens de serrage de la vis du tensiomètre. Jessica l'arrête, parce que *"ça serre trop fort!"*. Laura utilise ses deux mains pour relâcher la molette du tensiomètre. *"Va doucement!"* commente Jessica, *"La prof va plus doucement que ça"*. "14/6" Laura recommence. 12/6, cette fois. Jessica questionne Laura : *"Qu'est-ce que tu entends ?"* *"J'entends toc, toc, et tu vois l'aiguille qui commence à ..."* Laura et Jessica échangent les rôles. Jessica éprouve des difficultés. Comme beaucoup d'étudiants, elle contrôle mal le relâchement de la molette, qui se détend trop vite, ruinant la possibilité de repérer la pression diastolique et systolique. La plupart des étudiants se plaignent également de *"ne rien entendre"*. Caroline, une étudiante redoublante, vient au secours de Laura et Jessica et effectue une démonstration, manipulant la manette d'une seule main. Alessandra s'essaie à son tour sur Caroline. Caroline lui tient la pompe, pendant qu'Alessandra place le stéthoscope, *"t'emmêle pas les fils, sinon, ce sera la merde"*, puis le maintient en place pendant qu'Alessandra prend la tension. Alessandra s'interrompt : *"J'ai rien compris. J'ai entendu à 12, puis ça a fait tac, tac, tac. Je fais quoi ?"* Pour l'aider, Caroline prend sa propre tension, puis fait recommencer Alessandra. *"Tu as une fuite, ferme ton robinet."* "12/6 ?" "12/7, Oui, c'est bon." A son tour, Jessica prend la tension de Caroline : *"J'ai entendu un truc, j'étais à 12 et des ... 12/7"*. Cindy, une étudiante redoublante qui passe tout près, donne un conseil : *"Mets ton stéthoscope en poche, sinon, tu le cognes, et ...! (Elle mime la tête qui explose)"*. Généralement, la pression diastolique, ça va, les étudiants la guettent, ... puis ils manquent la pression systolique. Laura interroge l'enseignante sur son "truc" de l'aiguille qui vibre : *"On peut se référer à l'aiguille, aussi ?"* *"Non, tu dois ENTENDRE"*. L'enseignante reprend la tension d'Aurélie, car Elise, qui vient de la prendre, dit qu'elle *"n'entend rien"*. *"On entend très bien, tu sais!"*. A son tour, Aurélie prend la tension d'Elise : *"J'entends rien"*. Au bout d'un moment, la classe s'est scindée entre "ceux qui entendent" et "ceux qui n'entendent pas". Les fraîchement initiés, ceux qui ont été touchés par la grâce d'entendre, se permettent de conseiller les autres avec condescendance.

La prise de la tension artérielle (T.A.) est une bonne illustration de la complexité des apprentissages corporels dans la formation en soins infirmiers. La prise de la T.A. demande une importante coordination motrice (pomper, relâcher par paliers) et sensorielle (combiner ce que l'on entend et ce que l'on voit). En l'occurrence, un apprentissage via le *"voir faire"* est insuffisant (il nous arrive à tous de subir une T.A., sans pour autant être capable de reproduire la technique). Une appropriation vicariante (comme pour le lavage des mains) est ici impraticable, il faut passer par une exercisation individuelle. Il est difficile, pour l'enseignante, de donner des

indications précises ou de découper l'apprentissage en séquences moins complexes : du point de vue de l'expert, la technique est appréhendée dans sa globalité. Chacun cherche ses repères, avec, selon les cas, des difficultés d'ordre moteur (pouvoir contrôler le relâchement de la pression) et/ou d'ordre sensoriel ("entendre les tocs"). Les étudiants passent beaucoup de temps à échanger au sujet de leurs perceptions, comme s'il était essentiel de construire des référents communs. Nous retrouvons ici l'importance soulignée par Benner de la constitution *collective* et de la transmission de liens forts entre concepts et sensations dans le développement de l'expertise infirmière (Benner, 1995 : 10-11). Plusieurs tentatives seront nécessaires à chaque étudiant pour parvenir à réaliser au moins une fois correctement la prise de T.A. Si l'on en croit la manière dont ces novices en parlent, la maîtrise de cette technique n'est pas progressive, mais plutôt de l'ordre du "*déclat*" : on tâtonne dans le noir, et puis en une fois, ça y est, on "tient le truc" (certains étudiants quitteront le cours sans y être parvenus). Après cette première réussite, il restera surtout à affiner la fluidité des gestes, l'assurance, ce qui se traduit ici, par exemple, par la capacité à contrôler le tensiomètre d'une seule main. Les étudiants redoublants prennent un plaisir certain à faire étalage de leur compétence en la matière. Ils ont déjà eu l'occasion d'exercer ce geste des centaines de fois lors des stages, c'est à présent une compétence tout à fait incorporée. Ils acceptent toutefois de bonne grâce de jouer les tuteurs auprès des étudiants novices. Spontanément, les redoublants partagent avec les novices les conseils issus de leur expérience toute fraîche. Ils semblent guider les novices mieux que l'enseignante. Nous retrouvons ici une des hypothèses de Benner sur le rôle du formateur : rien n'interdit de penser que les infirmiers de niveau *compétent* font de meilleurs formateurs de novices que les infirmiers *experts*, dans la mesure où l'approche de la situation par les *compétents* est encore *qualitativement* proche de celle du novice. Il est encore possible au *compétent* de présenter la situation de manière analytique, dans la référence aux procédures (et dans le souvenir de ses propres difficultés!), alors que *l'expert* perçoit surtout la situation de manière holiste, et en référence à des critères issus de son expérience. *"Le modèle suggère différentes stratégies d'apprentissage pour chaque niveau de compétences. Il prévoit que l'approche du problème est la même pour les trois premiers niveaux. Il existe une différence qualitative entre le niveau compétent et les niveaux plus élevés (performant et expert). On peut donc en déduire qu'une infirmière compétente serait la plus à même pour guider la nouvelle diplômée. En effet, étant plus proche de la débutante, elle pourra reconnaître le moment où cette dernière sera prête pour passer au niveau supérieur. Il ne s'agit que d'une hypothèse qui n'a pas encore été vérifiée sur le terrain"* (Benner, 1995 : 161).

Nous réalisons aussi à l'occasion de la prise de pouls et de la tension artérielle, les difficultés à réunir les conditions pédagogiques favorables à l'acquisition de compétences dans le secteur des soins de santé : dans le cadre de l'école, les étudiants ne peuvent prendre le pouls ou la tension artérielle qu'à des personnes saines. Il n'est pas possible d'intérioriser, en classe, ce qu'est un pouls filant ou intermittent, par exemple. Comme beaucoup d'autres compétences, celle-ci ne peut réellement s'actualiser que via un apprentissage en contexte professionnel, soit en substitut à la formation scolaire, soit en prolongement de celle-ci. *"Une grande partie de leur savoir-faire [celui des infirmiers] ne pouvait être transmise qu'en situation. Dans la pratique, la variété des cas et des exceptions échappe aux descriptions des manuels, mais cèdent petit à petit le pas à la richesse de situations, similaires ou non, rencontrées par l'infirmière expérimentée. C'est cette démonstration qui est indispensable au néophyte"* (Benner, 1995 : 41). Mais la formation dans le secteur des soins de santé doit composer avec des *risques* bien réels des actes posés *pour la santé* des individus : on ne peut pas faire certains soins à quelqu'un qui n'en a pas besoin, au risque d'altérer son état de santé, et inversement, pour les mêmes raisons, un patient qui a besoin de soins doit bénéficier d'un soin d'emblée correct et efficace. Cette contrainte rend donc difficile, voire même quelquefois impossible, le recours à des formes

d'apprentissage de type "essais et erreurs" (puisque l'erreur n'est pas tolérable). La formation se voit donc souvent obligée de recourir à un apprentissage "à blanc" hors de l'hôpital, avec un travail sur mannequin et/ou sur des comparses sains, avec les inconvénients que nous avons pointés. Dans le cadre actuel de l'organisation de la formation des soignants, c'est souvent la seule possibilité. Ceci pose la question de la nécessaire mais difficile articulation de la formation en classe à la formation clinique. Nous y reviendrons lors de l'analyse des stages.

Nous observons aussi que les étudiants se posent des questions fort pertinentes sur la relation établie avec le patient : faut-il lui dire la vérité ? Faut-il lui mentir ? C'est à nouveau la problématique de la conciliation d'une relation à la fois authentique (dire quelque chose de vrai, ne pas mentir) et médicalement acceptable (ne pas aggraver l'état du patient). Pour sortir de ce dilemme, l'enseignante propose un moyen terme doublement insatisfaisant : *"On peut mentir, mais pas trop"*, sans que s'engage une véritable réflexion sur ces situations professionnelles pourtant assez courantes. Le "soin" (prise de tension artérielle) n'est donc que peu travaillé du point de vue de la communication avec le patient ou, pour le dire autrement, la communication n'est pas envisagée comme partie intégrante du soin.

C. Réfection des pansements : un rapport inversé au toucher

Lors de la première séance, l'enseignante présente tout d'abord l'ensemble de la démarche de réfection des pansements. Cette démarche est identique pour tous les soins :

- (1) collecte des données, avec une attention particulière pour les allergies à certains antiseptiques : *"C'est votre rôle d'observer et d'appeler le médecin, mais il ne faut jamais contredire un ordre médical."*
- (2) aménagement de l'environnement,
- (3) rassemblement du matériel. L'enseignante détaille tous les instruments dont on peut avoir besoin : pince anatomique, pince cochère (*"ne pas oublier de la rendre"*), sonde cannelée, stylet boutonné, pour *"repérer le pertuis"* (*"pour aller chipoter dans la plaie, donc"* traduit l'enseignante), pince de Michel, stitch cutter blade, clamp, écouvillon, bassin réniforme ... L'enseignante insiste sur le plateau, pour la préparation des injections : *"On ne se balade pas comme ça, avec sa seringue en main"*, les compresses, l'ouate chirurgicale, pour les prises de sang. Attention, elle n'est pas stérile : *"Moi, personnellement, je n'aime pas tellement. (...) Oui, mais ce que les médecins font ..."*. Après le matériel, on décrit les multiples sortes de pansement : pansement absorbant, au charbon actif (pour les odeurs), pansement imprégné, film semi-perméable, film contrôlant l'exsudat, mousse organique, polymère absorbant, interfaces, hydrogel semi-occlusif, pansement biologique, hydrocolloïde. Les étudiants écoutent et font passer des exemplaires entre eux dans un ennui poli. *"C'est important de bien calculer la quantité de matériel nécessaire au soin, car en principe, ce qui rentre dans la chambre ne peut en sortir : c'est pas parce que vous voyez [qu'à l'hôpital on le fait]... que c'est bien! Des ongles jusque là et des bagues à tous les doigts, vous en verrez aussi, c'est pas pour ça ..."*
- (4) exécution du soin,
- (5) rangement du matériel,
- (6) transmission des informations.

Pour chacune de ces étapes, on applique les principes relatifs à la technique, les principes d'hygiène hospitalière, et des notions d'ergonomie. Les principes d'hygiène hospitalière sont à coup sûr les plus importants. Ils donnent la tonalité du soin, via la

technique No Touch : il ne peut, en aucun cas, y avoir de contact entre le soignant et la plaie. On insistera donc sur plusieurs aspects à garder à l'esprit : lavage des mains (avant de préparer le matériel, après avoir décollé le pansement, après avoir enlevé le pansement), désinfection de plaie (toujours du plus propre vers le plus sale), éviter les turbulences (pas les lits juste avant), ne pas parler dans la plaie du malade, ne pas porter les mains au visage, aux cheveux pendant les soins, manipulations uniquement médiées par une pince ou des gants stériles, etc.

L'enseignante termine la séance en montrant rapidement comment on ouvre un set à pansement en maintenant l'asepsie. L'assistance observe, médusée, ce numéro de prestidigitation. On apprendra à le faire lors de la prochaine séance.

Cette séquence d'apprentissage est révélatrice de la représentation du rapport entre les rôles infirmier/médecin véhiculée dans la formation. Nous trouvons tout d'abord, ici comme à de très nombreuses occasions dans différents cours, l'affirmation d'une séparation nette entre la responsabilité médicale et la responsabilité infirmière, avec la subordination des actions infirmières aux prescriptions médicales : *"prévoyez un analgésique, bien sûr, prescrit par le médecin, parce que ce n'est pas votre rôle"*. Pour une grande part de ses activités, l'infirmière doit suivre les ordres du médecin et ne pas sortir de son rôle. Pour traiter la douleur, l'infirmière n'a pas toujours la reconnaissance formelle, le droit légal d'agir, mais elle a une compétence forte dans l'évaluation des besoins du patient : *"on doit guetter les signes, puis appeler le médecin"*. En revanche, le médecin a la possibilité formelle et légale d'agir. Mais dans la même séquence de cours, l'enseignante exprime également des critiques par rapport aux comportements des médecins ; ils sont présentés comme moins attentifs ou plus négligents. Ce schéma revient à plusieurs reprises : affirmation de l'autorité du médecin, mais critique de certaines de leurs compétences (surtout en matière d'hygiène hospitalière). Nous avons déjà eu l'occasion d'aborder cette ambiguïté de rapports entre médecins et infirmiers dans la logique de la professionnalisation des Soins infirmiers, en particulier la tension entre autonomie et dépendance. Dans cette optique, cette attitude de respect mêlée de quant-à-soi (*"J'obéis, mais je n'en pense pas moins"*) nous apparaît comme une stratégie pour maintenir une identité professionnelle fière en contexte de dépendance.

Le discours de l'enseignante exprime aussi la rivalité entre les pratiques de l'hôpital et les principes enseignés en classe. Chacun des lieux est porteur de sa propre logique. Comme dans beaucoup de secteurs, l'Ecole se pose en garant de l'orthodoxie des pratiques professionnelles, et essuie des reproches liés à son manque de prise en compte des contraintes du "terrain", en revanche, le milieu professionnel fait valoir son expertise liée à l'expérience et les contraintes diverses avec lesquelles il doit composer. Nous le verrons, les étudiants en stage se trouvent donc régulièrement en tension entre les exigences de leur formation et les pratiques de terrain, en particulier du point de vue de l'évaluation de leurs prestations qui se réalise parallèlement via les enseignants-moniteurs et l'équipe de soin.

La partie pratique. Deuxième séance. L'enseignante fait faire une réfection de pansement sur mannequin par Christelle, une étudiante redoublante. Elle commente oralement les différentes étapes : (1) Rassembler le matériel, entrer dans la chambre du patient, mettre la présence, tirer le rideau, pour veiller à l'intimité du patient, quelle que soit la localisation du pansement. *"N'oubliez pas qu'une réfection qui peut être très douloureuse pour le patient. Ça peut être un calvaire pour le patient. Donc, il est parfois nécessaire de donner un calmant. C'est plus facile, le patient sera plus détendu et vous aurez le temps de faire le pansement correctement"*. (2) On place la

protection sous le membre du patient (ici, la cuisse), (3) on désinfecte le plan de travail. L'enseignante verse l'alcool, l'étudiante essuie : *"Attention, les ciseaux, tu les déposes, ils ne doivent pas être en contact avec la literie du patient"*. (4) Décoller le pansement *"en tenant la peau du patient, ici, c'est un mannequin, mais il faut le faire avec précaution"*. (5) On se lave les mains. L'étudiante commence à avoir chaud. (6) Elle ouvre le set à pansement (7) Il s'agit à présent de déplier le champ, sans le stériliser. Christelle n'y arrive pas. L'enseignante la remplace. *"Attention, on ne passe jamais au-dessus d'un champ stérile! On travaille 'en pinces de crabe'. Je sais que tout le monde se fiche de moi quand je dis ça, mais c'est comme ça."* (8) Christelle dépose les compresses sur le champ à l'aide de la pince, (9) elle remplit la cuvette d'antiseptique, (10) elle enlève le pansement, (11) elle se frictionne les mains à l'alcool, au-dessus de la poubelle. (12) *"Ah, c'est ici qu'il faut plier les compresses en quatre. Comment faisons-nous ?"* L'enseignante prend le relais : *"On plie en deux, puis un coin, puis l'autre. Très simple, et très amusant"*. Les étudiants redoublants interrogent : *"En trois, ça va ?"* L'enseignante : *"Moi, j'exige en quatre, arrêtez de rouspéter!"*. Laura demande si on ne peut pas utiliser deux pinces. *"Non, c'est du gaspillage, tu apprends ça avec une main"*. Pendant ce temps, Christelle se débat avec les compresses. L'enseignante ironise : *"Ça va aller ? N'oubliez pas que la plaie doit rester le moins possible à l'air"*. Elle poursuit, avec un clin d'œil vers la caméra : *"Ah, moi, si c'est pas plié en quatre, c'est d'office un échec, même si le reste est impeccable"*. Les étudiants n'ont pas perçu l'humour de la remarque. (13) Christelle nettoie et sèche la plaie, les berges de la plaie. (14) Elle pèle et place le pansement. (15) Ne pas oublier de recouvrir et réinstaller la personne, (16) jeter tout dans le sac poubelle, se laver les mains, replacer les objets sur la table de nuit, pour que le patient ait tout à portée de main, enlever la présence, faire la transmission.

Après une pause, les étudiants s'installent tant bien que mal, par paire, autour des chaises improvisées en tables de nuit. On distribue le matériel. Les étudiants se dessinent une cicatrice : *"Où on veut ?"* *"Oui, n'importe où"*. Tout le monde la trace sur l'avant bras. Je filme Elise, qui travaille sur un des mannequins, avec Aurélie. Elise et Aurélie discutent entre elles sur l'ordre des opérations. L'enseignante va donner le signal du départ, et commenter les opérations pour toute la classe en même temps. Elise désinfecte le plan de travail, place la protection de lit. Ses gestes sont lents : elle s'interrompt pour réfléchir entre chaque étape. Laura demande si on peut s'asseoir ou si on peut mettre le bras du patient sur la table. Elise soulève le pansement du mannequin : il n'y a pas de plaie factice dessous! Nous interpellons l'enseignante sur le ton de la plaisanterie : *"La plaie est totalement cicatrisée, doit-on remettre un pansement ?"* L'enseignante ne se laisse pas démonter : *"Vous pouvez mettre un pansement biologique, alors"*. Tel est pris qui croyait prendre. Nous voici au moment crucial du dépliage du champ. L'enjeu, c'est de l'ouvrir sans le stériliser. Elise coince sa pince sur son petit doigt, comme elle l'a vu faire par l'enseignante (cette pince, sortie du set stérile, ne peut être déposée) et se lance. Le champ ne se montre pas docile. Ensuite, Elise hésite. Que faut-il faire ? Aurélie vient à son secours : poser les compresses sur le champ. Aurélie verse également l'antiseptique dans le récipient ... en passant au-dessus du champ. Elise ôte le pansement, hésite encore sur ce qu'elle doit en faire. Aurélie le lui prend des mains, le jette. Elise saisit une compresse, se souvient qu'il faudrait d'abord se désinfecter les mains. Elle plie la compresse en quatre sans trop de difficultés, tamponne la plaie avec les conseils d'Aurélie. L'enseignante vient replacer correctement le "triangle". Enfin, Elise pèle et place le pansement. Je filme ensuite Hugues, un étudiant

redoublant qui refait un pansement sur Mélissa. En mâchonnant son chewing-gum, il déplie son set sans hésitation. Certaines opérations sont faites dans le désordre. Je l'interpelle : *"Tu ne devais pas faire ça avant ?"* *"Si, je sais, il y a plein d'erreurs."* *"C'est rien, je remettrai tout dans l'ordre au montage"*. L'enseignante arrive. Elle s'adresse à Mélissa : *"Ça va, madame ?"*. Hugues répond à sa place : *"Non, pas tellement."* L'enseignante : *"Ça, il ne faut pas dire devant la patiente, hein, tu ne la mets pas du tout en confiance!"*. On évoque en plaisantant tout ce qu'il ne faut pas dire devant les patients. Pendant ce temps, l'enseignante observe le travail de Hugues : *"Il y a quelque chose qui n'est pas correct"*. Hugues ne voit pas quoi. *"Regarde, tu ne dois pas passer au-dessus de ton champ, donc ... C'est logique"*. Changement de place du champ et du godet. Oui, mais Hugues est gaucher. *"Ça ne change rien"*. Hugues me glisse en aparté : *"Moi, je les plie en trois, je ne sais pas les plier en quatre"*. Puis, il s'adresse à Mélissa, avec un sourire goguenard : *"Ça va Madame ? C'est bientôt fini, hein."* Il termine son soin : *"Allez, je vous laisse dormir, maintenant"*.

- **Un rapport inversé au toucher**

L'ensemble de la technique du pansement aseptique (et ce sera identique pour les injections) repose sur le principe du No Touch. Pour éviter tout risque d'infection, une batterie de mesures est d'application dont le principe commun est la prohibition totale du contact direct du corps du soignant avec le corps du patient et avec le matériel stérile. Si nous comparons cet apprentissage à celui de la toilette du patient, nous relevons une situation étonnante. Dans la pratique infirmière, le toucher est prohibé dans certaines circonstances (les pansements, les injections, etc.). Ce No Touch porte essentiellement sur la manipulation d'objets (des compresses, des godets, des crèmes, etc.) que nous manipulons plutôt naturellement dans la vie courante; il concerne aussi les parties du corps du patient sur lesquelles le soignant travaille. En revanche, d'autres aspects de la pratique infirmière (comme la toilette) imposent le toucher dans des circonstances où il est habituellement défendu (toucher autrui nu, y compris au niveau des parties génitales). Les principes sensori-moteurs sont donc en grande partie inversés par rapport à la vie courante. Les jeunes infirmiers doivent inhiber leur tendance socialement acquise à manipuler des objets sans médiation, et dans d'autres circonstances, surmonter leur inhibition socialement acquise à toucher le corps des patients. Ces transformations de l'usage de son corps et des interactions avec l'environnement ne sont pas évidentes à acquérir; elles demandent un effort conscient de la part de l'apprenant. La maîtrise du geste n'est pas instantanée. De ce point de vue, la technique du pansement vraisemblablement est plus compliquée à acquérir que celle de la prise de paramètres, parce que non seulement il s'agit de réaliser une action jusqu'alors inédite, mais en plus de la réaliser selon des modalités contraires à celles pratiquées jusque là.

- **Le développement de compétences : la question de la globalité**

Un moment crucial de la réalisation du pansement aseptique est celui du déballage et de l'installation du set en respectant l'asepsie. Ce micro-apprentissage nous permet de revenir sur le rapport entre globalité et séquentialité dans l'apprentissage. Pour que le geste soit efficace, il doit être effectué franchement : s'il est effectué trop lentement, avec hésitation ou avec des temps d'arrêt, le set ne se place pas correctement, l'asepsie est rompue et il faut recommencer. La maîtrise du mouvement ne peut donc s'acquérir progressivement : c'est réussi ou c'est raté, il n'y a pas d'intermédiaire. Cette compétence globale est difficile à incorporer pour des *novices* dont la tendance d'apprentissage est à la décomposition; il n'est pas non plus facile à enseigner

de la part des professeurs-*experts*. Dans le même ordre d'idées, l'installation correcte du champ et des instruments stériles du set sur le champ devient évidente dès lors que l'on réfléchit en termes d'*objectif* de cette installation, que l'on anticipe les *résultats* à obtenir *dans leur ensemble* (savoir quelles zones peuvent être touchées lors du déballage et quelles zones sont et resteront stériles demande une vision d'ensemble du résultat : comment se présentera le champ, une fois déplié). Les *novices* éprouvent aussi de grosses difficultés à mémoriser l'ordre des séquences du pansement (en particulier les différents moments où il faut désinfecter ses mains) tant qu'ils n'ont pas perçu et intégré le *principe général* qui prescrit la désinfection (chaque fois que l'on a touché un élément de l'ancien pansement et que l'on va toucher un élément du nouveau pansement). L'acquisition de la compétence s'observe donc dans le passage d'une démarche séquentielle à une approche globale et anticipative, tant du point de vue perceptif que du point de vue moteur. Cette vision d'ensemble, qui oriente l'action, n'est pas accessible immédiatement au *novice*, qui par définition se réfère aux processus plutôt qu'aux finalités, dont l'activité est organisée selon les séquences de la procédure et non les résultats escomptés. Aussi longtemps que le *novice* fonde son apprentissage sur une logique analytique et séquentielle, le travail est fastidieux et hésitant; lorsqu'il a saisi les principes du soin et s'oriente sur cette base, le soin est mieux maîtrisé.

Les principes des soins sont bien entendus exposés en début d'apprentissage par les enseignants, et répétés au cours des séances, mais la séquentialité est aussi renforcée par les stratégies pédagogiques utilisées. L'accent est mis sur la répétition des étapes, dans un ordre figé, avec peu de place pour une appropriation des principes selon une logique qui serait plus inductive (essais et erreurs, par exemple). Cette valorisation des procédures a déjà été décrite pour les soins de base, nous la retrouvons aussi pour les soins plus techniques. Toutefois, l'insistance ironique de l'enseignante sur certains détails de la procédure (comme le pliage des compresses en quatre) devrait amener les étudiants à s'interroger sur les règles et à chercher à distinguer l'esprit de la lettre. Pousser le principe à l'extrême jusqu'à l'absurde est une stratégie pédagogique qui pourrait donc permettre aux étudiants *novices* de passer de l'application aveugle des règles à une action orientée par des objectifs, c'est-à-dire de progresser vers les stades *débutant et compétent*.

- **La dimension interactionnelle de la réfection de pansement**

L'enseignante aborde la question de l'intimité et du confort du patient pendant le soin. En ce qui concerne le confort (administration d'un analgésique), le souci semble orienté davantage vers le soignant ("*faire votre soin correctement*") que vers le bien-être en soi du patient. L'intimité, quant à elle, ne peut être travaillée en séance, étant donné la configuration de la classe (pas d'isolement possible des "patients"). Nous voyons aussi que lorsque les étudiants s'exercent sur un des leurs plutôt que sur un mannequin (et surtout lorsqu'il y a un observateur), les commentaires verbaux à l'adresse du patient sont plus nombreux. Mais nous constatons aussi comment l'étudiant ironise sur les stéréotypes de la communication à l'hôpital ("*ça va, Madame ?*").

D. Les prélèvements, examens de laboratoires et administration des médicaments

On commence par expliquer comment faire un prélèvement d'urine. On rappelle, encore et toujours, que "*toute analyse doit être prescrite par le médecin. Vous ne pouvez pas*

décider, tiens, les urines sont troubles ...". Lorsque le prélèvement doit être aseptique, il faut expliquer au patient comment s'y prendre (même si on ne l'a jamais fait ou vu faire). L'enseignante fait la démonstration de comment s'y prendre avec une sonde vésicale (mais sans liquide). On passe ensuite en revue les différents types d'analyses qui peuvent être faits sur les urines. Lors de la pause, je demande si on va *"jouer avec les tigarettes"*. L'enseignante me répond qu'en principe non, elle ne fait jamais de "démonstration", mais qu'à ma demande, elle veut bien. Elle demande à deux garçons s'ils veulent bien nous donner un peu d'urine. Gênés, ils tergiversent. Finalement, deux étudiantes redoublantes, Caroline et Stéphanie, se dévouent et nous ramènent un godet d'urine. On aborde ensuite les coprocultures. En plaisantant, Caroline lance : *"Qui va faire caca ?"*. Personne, bien sûr, n' imagine un instant que sa suggestion puisse être sérieuse. Les glycémies. Là, c'est l'inverse des analyses d'urines, plusieurs étudiants se précipitent pour pouvoir piquer. L'enseignante rechigne : les piles de l'appareil sont presque à plat. *"Oh, allez, Madamel!"*. Pour finir, Stéphanie, pique Laura. Les étudiants commentent, en référence à leurs stages : *"Moi, je préfère ces appareils-là"*, *"Nous, on faisait plutôt comme ça"*. Tous ceux qui ont déjà eu l'occasion de le faire en stage ont un avis. C'est pratiquement la seule fois où les étudiants évoqueront spontanément leur expérience de stage. On parle ensuite des prises de sang. Les indications que les étudiants doivent retenir concernent surtout le transport des prélèvements, puisque c'est la seule chose qu'on leur demande de faire en stage. Administration des médicaments : l'ensemble des explications est surtout focalisé sur *"comment éviter des erreurs d'administration des médicaments et l'éducation des patients"*. On vérifie à trois reprises le nom du patient et le dosage avant l'administration d'un médicament; la responsabilité d'une *faute* n'est pas celle de celui qui prépare les médicaments, mais celle de celui qui les administre au patient. L'enseignante ironise également sur la manière dont on donne les médicaments au patient, par exemple à un hémiparétique : *"Prenez vos médicaments, Monsieur!. Faites très attention à cela, renseignez-vous pour savoir s'il faut aider le patient. Attention aussi aux ovules et aux suppositoires que l'on dépose en même temps que les repas ... "* Un conseil astucieux aussi : *"Tenez compte de ce que dit le patient. Ce que dit le patient, il faut le prendre en priorité. Si le patient dit : "C'est quoi, ça, c'est pas comme d'habitude", courez à la salle de garde, souvent, c'est qu'on s'est trompé, car le patient connaît mieux que nous ses médicaments"*. L'enseignante insiste sur l'éducation du patient : *"Vous devez lui expliquer. Vous aussi, vous aimez bien qu'on vous explique, non ? C'est à vous de faire la démarche. Il y a un tas de refus de médicaments, pour tout un tas de raisons. Une première chose, c'est le respect"*. On parle longuement des causes possibles de refus d'un médicament. D'un point de vue éthique, on ne peut donner de force un médicament à un patient. Mais on doit aussi prendre le temps d'expliquer au patient.

- **Corps du soigné/corps du soignant**

Cette séance offre une nouvelle occasion d'actualiser l'effacement ritualisé du corps : il n'est pas naturel de manipuler des urines, des selles. L'enseignante n'y tient pas, les étudiants non plus. Nous voudrions ici insister sur l'importance du cadre de la situation. Urines et selles ont fait le quotidien des étudiants en stage, pendant quatre semaines, mais en classe, tous se replient sur les attitudes conventionnelles. Cette attitude est sans doute attribuable à l'impossibilité, pour le soignant, de s'identifier au patient. La frontière serait alors nette entre le *patient*, dont la soumission à la collecte d'urine est une évidence, et le *soignant*, qui manipule les sécrétions d'autrui, mais qui n'existe pas comme corps produisant lui aussi ces sécrétions.

Ceci nous rappelle cet extrait d'interview de Nicolas, lors de son second stage, à propos de la manière dont certains soins devraient être appris en classe :

- *La manutention, sur mannequin, et laver, sur quelqu'un. Mais ça, évidemment, on va pas demander ...*
- Pourquoi ?
- *(rires gênés) Je sais pas mais à l'école, à poil dans le lit, non, quand même!*
- Pourquoi ?
- *Mais c'est dégueulasse! Ça ne se fait pas! Ben voilà.*
- Pourquoi ?
- *Pourquoi! Mais c'est dégueulasse!*
- Mais c'est votre métier.
- *Ben oui, mais c'est pas à nous à ... enfin, moi, je veux dire, je veux bien avec quelqu'un, mais qu'on ne me le fasse pas, s'il vous plaît! Ah, non, moi, mon cauchemar, ça serait de me retrouver dans un lit et que quelqu'un doit venir me nettoyer.*

Il y aurait donc un cloisonnement net entre le traitement du corps à l'hôpital et le traitement du corps en classe, entre le corps du soignant et le corps du patient. Nous savons que les transferts de compétences entre la classe et l'hôpital ne sont ni automatiques ni évidents, et nous observons ici que, réciproquement, il n'est pas automatique d'importer des comportements de stage vers le contexte de la classe. En classe, les jeunes se vivent comme étudiants, et non pas comme soignants, et donc s'en tiennent au registre du "traditionnellement admis en classe". Au fil de la formation, il n'y a alors pas *un* corps que les étudiants apprennent à considérer autrement, il y a *des* corps différents selon les contextes, classe ou milieu professionnel, mobilisant des attitudes différentes.

Ces considérations valent surtout pour l'urine et les selles. En revanche, les étudiants sont très motivés par les glycémies. Sans doute d'une part parce que le sang une substance corporelle noble, qui souille moins que l'urine ou les selles (Lawler, 2002 : 87-93), et aussi d'autre part parce que le prélèvement sanguin nécessite un appareillage spécifique et l'intervention du soignant. Plus le soin est technique, plus les étudiants sont motivés. Les glycémies sont également le premier acte invasif qu'ils pratiquent sur des patients.

• Organisation chronologique des séquences d'apprentissage

Nous observons également des carences de coordination entre les lieux de stage et le lieu scolaire, puisque plusieurs étudiants (dont Nicolas et Laura) ont déjà effectué de nombreuses glycémies durant leur stage, alors que cette matière est seulement abordée en classe ultérieurement. Notons aussi à l'occasion de ces glycémies l'importance de la première contextualisation de l'apprentissage (Bédard, 2003). À observer les comportements et commentaires des étudiants, nous voyons que le contexte de découverte et de première exercisation d'une compétence tend à largement influencer le comportement et les représentations futures de l'apprenant : les étudiants parlent déjà en termes *d'habitudes*, de *préférences*, font déjà *"à leur manière"*, et l'enseignante aura bien du mal à imposer un *modus operandi* scolairement orthodoxe.

On retrouve une nouvelle fois le vocabulaire de la *faute*, qui encourage une logique de retenue : dans le doute, on s'abstient de donner un médicament.

Enfin, dans cette séance, le patient est évoqué sérieusement comme sujet, ce qui est assez rare pour être souligné. Il est présenté d'abord comme partenaire du soin (*"Fiez-vous à ce qu'il dit, il connaît mieux son traitement que nous"*), auquel on doit des explications de justification ou d'éducation, et ensuite comme personne autonome, qui peut éventuellement se soustraire au diktat médical : rien n'oblige un patient à prendre ses médicaments.

E. Les injections

Lors de la première séance, la plupart des étudiants n'ont pas leur blouse de stage. L'enseignante en fait la remarque. En première année, on peut faire des intramusculaires, et certaines sous cutanées (les anticoagulants, par exemple, mais pas l'insuline). Sauf s'il y a une perfusion, un infirmier ne peut jamais faire d'intraveineuse, c'est un acte médical.

Alors que l'obligation du port de la blouse de stage n'est que moyennement suivie dans les séances de travaux pratiques, c'est seulement à l'occasion de la séance à propos des injections que l'enseignante semble s'en apercevoir et fait cette remarque. *L'injection* (on ne dit pas piquêre) est sans doute un des actes les plus emblématiques de la profession; acte réservé par excellence, il semble exiger une certaine mise en scène plus solennelle, dont la tenue fait partie. Première surprise aussi pour les étudiants par rapport à la représentation de l'infirmier : un infirmier ne fait pas d'intraveineuse. Ceci contraste avec l'image habituelle de l'infirmier comme quelqu'un qui pique, notamment les veines. Dans l'imaginaire collectif, il y a amalgame entre les intramusculaires et les prises de sang.

Lors de la première séance, les étudiants n'apprendront pas l'injection proprement dite, on se cantonnera à l'ensemble des opérations de préparation de l'injection. Avant de s'y entraîner, l'enseignante présente les différentes étapes de l'injection, avec les principes généraux.

Sur la seringue, au déballage, il y a un "puiseur", aiguille de gros calibre, pour le remplissage. Ce n'est qu'après remplissage que l'on fixera une aiguille plus fine. On explique ensuite comme prendre ses repères. On localise le pli interfessier. Démonstration sur un mannequin ... qui justement n'en a pas. Autre technique, partir de la crête iliaque, pour repérer le quadrant "supéro-externe". Déjà, les novices commentent : *"Moi, je préfère comme ceci, moi, je préfère comme cela"*. L'enseignante donne des indications : *"N'allez jamais piquer dans le grand fessier, il recouvre le nerf sciatique!"*, *"Pensez à toujours asseoir ou coucher votre patient, vous ne savez pas quelle sera sa réaction. Vous imaginez, vous piquez, le patient, à terre, la fesse avec l'aiguille, et vous, qui courrez chercher de l'aide ?"*. L'enseignante mime la scène. Tout le monde rit. Laura s'interroge : *"Comment on sait si on est au bon endroit ou si on s'est trompé ?"*, *"Ben on sait pas se louper, il y a des muscles partout dans l'organisme"*, *"Comment on sait si c'est bien résorbé ?"* *"Ça, tu dois pas te tracasser : tout ce qu'on met dans l'organisme, ça doit être résorbé et éliminé, d'une manière ou d'une autre"*. Un long moment est consacré à la description de tous les accidents et de toutes les fautes à éviter. L'accident infectieux : *"C'est pas parce que nous sommes du personnel soignant que nous sommes sans microbe. Nous pouvons aussi avoir une hépatite, ou le Sida, il n'y a pas que le patient"*. *"Attention, ne jamais recapuchonner l'aiguille, vous risquez de vous piquer et de vous contaminer"* (c'est un réflexe difficile à déconditionner, je l'ai déjà observé). *"Si vous savez que le patient est HIV, vous pouvez mettre des gants, ce*

n'est pas une obligation." Il est manifeste que l'enseignante a du plaisir à donner cette leçon. Le débit est fluide, et surtout son exposé est émaillé de toute une série de mimes de situations : le vogel-pick, le coït interrompu, le massage des fesses, etc.

Au cours de leur apprentissage, les étudiants sont donc amenés à modifier leurs représentations des gestes et savoir-faire infirmiers. Les piqûres deviennent des injections; une catégorisation s'établit entre différents types d'injections (intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées), chaque type correspondant à des niveaux de qualification différents, et, comme nous allons le détailler, les étudiants découvrent que le moment même de l'injection au patient n'est que la partie visible de l'iceberg, succédant à de longs et minutieux préparatifs en coulisse.

Dans cet épisode, nous trouvons également un regard symétrique sur la contamination : celle-ci peut aller du patient vers le soignant (on prend des mesures de protection pour soi) mais aussi du soignant vers le patient (on prend des mesures pour le patient). Cette distinction n'est pas toujours claire pour les étudiants qui ont parfois tendance à confondre, par exemple, les gants à usage unique et les gants stériles, l'isolement protecteur et l'isolement sceptique.

Le premier exercice pratique porte sur l'ensemble des opérations à réaliser pour préparer l'injection. On réalise alors tout ce qui se passe dans les "coulisses", la salle de garde, avant de piquer. La première séance sera consacrée uniquement à ces opérations; l'enseignante procède à la "démonstration" : il est impressionnant de voir le nombre de choses à prévoir et à vérifier avant de commencer (dates, aspect, dilution, mode d'administration, etc.). Les étudiants sont à la fois excités et attentifs. Dans la démonstration des opérations, le principe essentiel sera, comme toujours, le maintien de l'asepsie. En préparant l'injection, on ne peut toucher ni le piston, ni l'embout de la seringue. *"Je vous conseille comme ceci, mais vous choisirez votre technique"*. Elle conseille également de prendre un appui, pour échanger le puits contre l'aiguille, surtout la première fois ou quand la monitrice est là : l'enseignante fait la comparaison avec le poivrot qui cherche le trou de sa serrure. Pour enlever le capuchon du puits : appuyer-tirer. *"Moi, je vous donne les trucs qui me semblent faciles. Prenez la flapule entre les deux doigts, paume vers le ciel, puis regardez bien ce que je fais, prenez appui sur la seringue avec deux autres doigts. Comme les quatre doigts sont "condamnés", il n'y a rien qui risque de toucher les parties stériles au niveau de l'aiguille"*. On renverse la flapule, *"et regardez bien ce qui se passe, même rempli, il n'y a rien qui coule"*. L'enseignante montre son montage à l'assistance, médusée, *"et pourtant, je ne suis pas un magicien"*. Tout le monde rit. Laura renchérit : *"C'est vrai qu'on dirait un tour de magie!"*. L'enseignante poursuit avec humour : *"Je vide l'air de la seringue. Je vous invite à regardez les plafonds des salles de garde : on purge et pffft, tout est au plafond!"*. On rit encore, car le mime de l'enseignante fait cette fois penser à un gag de clown arrosé, on reste au spectacle. *"Bon, quand cela est prêt, on va dans la chambre du patient, et on verra après comment on pique le patient"*. Les étudiants se précipitent comme jamais auparavant pour retirer leur matériel d'entraînement : *"Ne vous tuez pas, il y en a pour tout le monde!"*. Il n'y a pas de table pour tout le monde, on improvise des plans de travail avec des chaises. L'enseignante propose aux étudiants de ne pas mouiller leur set (comme le prévoit la technique) pour pouvoir le récupérer et s'entraîner à la maison. *"Si vous ne savez plus les doigts que vous devez employer, vous m'appellez"*. Les étudiants redemandent, en effet, de réexpliquer comment positionner les doigts. *"Prends-le comme tu prends une clope"*. Nicolas s'y prend autrement, ça marche aussi. En revanche, chez Jessica : *"Y a tout qui coule"*. Laura évalue son travail de remplissage : *"On disait que tout y est"*.

L'enseignante la reprend : *"Ah non, tout doit y être, ma chère enfant" ... "Tu as intérêt à enlever l'air d'abord"*. L'enseignante montre pourquoi ça ne va pas chez Jessica, qui ne s'en sort pas mieux. *"J'ai des problèmes de doigts. Je dois avoir une malformation congénitale des doigts"*. L'enseignante rassure : *"C'est normal, vous n'êtes pas habitués. Je voudrais bien savoir comment vous auriez déjà la dextérité! Vous devez vous entraîner, le faire quinze fois, vingt fois à la maison."*

- **Expressivité de l'injection**

Pendant les séances consacrées aux injections, l'enseignante est à l'aise, mobile dans la classe, assurée dans son ton. Il y a un certain plaisir dans la démonstration, qui a presque le statut de spectacle. Le contraste est saisissant avec le cours de communication ou le cours de Soins aux mourants donné à la même période. Ceci nous amène à nouveau à pointer l'apparente différence d'expertise des enseignants en Soins infirmiers entre les aspects techniques et les aspects relationnels de la profession. Manifestement, la plupart des enseignants-infirmiers que nous avons rencontrés se reconnaissent mieux dans le rôle de l'infirmier qui pique que dans celui qui accompagne les mourants. Et rien n'interdit de penser que ces préférences sont perceptibles auprès des étudiants. Lors de ces séances, les étudiants aussi sont très motivés, les injections sont un acte pour lequel ils ont beaucoup d'appétence. Cet acte est tellement chargé de sens dans l'image que l'on se fait de l'infirmier que la possibilité de le réaliser constitue une sorte de rite initiatique qui les introduit dans le monde des professionnels.

Cet acte révèle des difficultés insoupçonnées, dès les étapes de préparation, et ne se laisse pas dompter si facilement. La manipulation de la seringue, des aiguilles et du flacon sous contrainte d'asepsie demande une dextérité très affinée. La difficulté ne vient pas tant ici de la mémorisation de l'ordre des séquences que de la réalisation des gestes eux-mêmes. Il ne s'agit pas non plus de difficultés comparables à la technique "No Touch" des pansements : même si l'asepsie doit être maintenue, ce n'est pas via la manipulation médiée par un instrument. La maîtrise du geste passe par plusieurs étapes et stratégies. Les étudiants demandent d'abord à voir et à revoir la démonstration, ralentie et décomposée. Mais voir et comprendre ne sont pas suffisants pour l'assimilation. Le travail d'incorporation proprement dit emprunte également plusieurs voies : il y a d'abord la répétition des gestes, puis on utilise aussi, par exemple, les limites du corps (on place les doigts dans une position où il leur est difficile de faire un mouvement contaminant), on s'appuie encore sur des techniques plus familières (*"Prends-le comme une clope"*).

Les exigences de l'enseignante se déclinent en nuance : relative souplesse sur les moyens (on peut utiliser la technique qu'on veut) mais intransigeance quant au résultat (rien ne doit être stérilisé, tout doit être dans le réservoir de la seringue). C'est en l'espèce l'objectif qui domine les moyens. Ceci contraste avec les séances à propos de la toilette (prestées par la même enseignante) pour lesquelles la procédure nous semblait avoir pris le pas sur l'objectif du soin. Nous faisons l'hypothèse que l'on peut référer en partie cette différence d'exigence quant à la procédure à la distinction acte technique/soin de base. Un acte technique tel que l'injection est porteur en lui-même d'une forte expressivité de l'identité infirmière, quelle que soit la manière dont il est exécuté. En revanche, la toilette du patient ne pourrait obtenir cette expressivité que par un travail de construction sur la manière d'exercer le soin (cf. chapitre précédent).

Une semaine plus tard, lors de la seconde séance, on arrive à l'étape de l'injection proprement dite. On rappelle le mode opératoire habituel des soins (Collecte des données, Informer le patient, Préparer l'environnement, le matériel, Préparer l'injection "selon

les règles de l'asepsie et de l'hygiène hospitalière", Installer le patient : *"Quand le patient est installé, on le rassure, on parle avec lui, ça fait une atmosphère moins tendue"*. Injecter *"en respectant les règles d'asepsie et d'hygiène hospitalière"*, Transmission des données. Après ces rappels, on en vient à la technique proprement dite. *"Isoler le patient, pourquoi ? Pour l'intimité. N'allez pas montrer les fesses du patient à tout le monde. C'est pour ça aussi que vous devez mettre la présence"*. L'injection intramusculaire. On pique perpendiculairement à la peau, jusqu'à un centimètre de la garde. On aspire pour vérifier qu'on n'est pas dans un vaisseau, on injecte la solution. Retirer l'aiguille en une fois, et ensuite, avec un tampon sec, masser légèrement le site d'injection. Réinstaller le patient. Signer le soin au cardex, au tableau et au dossier infirmier. On explique ensuite l'injection sous cutanée, en insistant sur les différences avec l'intramusculaire : la seringue ne doit pas être purgée, on fait l'injection dans un pli cutané, on n'aspire pas, on ne masse pas non plus. L'enseignante procède aux démonstrations, tous les étudiants s'approchent. L'enseignante injecte dans ... un bassin réniforme en carton : elle détermine l'endroit où injecter, désinfecte et conserve le repère via la compresse. Elle pique, cale la seringue avec la compresse. *"Ça va, monsieur ?"*. Elle enlève l'aiguille, masse le bassin en carton avec la compresse sèche. *"Ça va, monsieur, vous n'avez pas eu trop mal ?"*, (modifiant sa voix) *"Non, non, vous avez bien fait ça"*. Attention à ne rien toucher après, à ne pas se piquer et se contaminer. On distribue le matériel aux étudiants, qui sont ravis, car on pourra le reprendre à la maison.

Tout ce que nous avons déjà exposé à propos des simulations sur mannequin vaut ici, a fortiori, pour l'apprentissage de technique ... sur un bassin réniforme cartonné. On est loin d'une situation réaliste, au plan relationnel (Comment installer le patient, lui expliquer le soin, gérer ses appréhensions, sa tension ?), mais aussi au plan plus technique (Comment s'entraîner la localisation de l'injection ? Comment s'adapter à la résistance de la peau ? Comment doser le débit d'injection ? Comment évaluer la résorption ?). Il nous semble que l'on ne peut parler d'acquisition de cette compétence en classe qu'au niveau le plus minimal. L'injection est réduite à sa dimension technique dans les conditions les plus réduites. A la limite, il ne reste qu'un simulacre d'injection dont on peut se demander de quelle manière il sera transféré en stage.

La séance se poursuit par les essais des étudiants, dans un joyeux brouhaha dans lequel nous percevons surtout la préférence réaffirmée des étudiants pour les actes techniques (pansements, injections), plus fréquents dans les services de chirurgie que dans les services de médecine : il est difficile pour eux d'identifier un rôle infirmier spécifique et valorisant dans les services de médecine où il y a peu d'actes techniques. Nous livrons enfin notre observation plus détaillée de l'essai de Géraldine, qui met en évidence ses difficultés de maîtrise et de coordination des opérations.

Les étudiants s'installent pour faire quelques essais d'injection à leur bassin en carton. Géraldine fait équipe avec Anne-Catherine. Géraldine commence par oublier de désinfecter sa flapule (Anne-Catherine la rappelle à l'ordre). Elle se coupe en l'ouvrant, jette par erreur les morceaux dans la poubelle à papier. Ses doigts ne sont pas positionnés sur la seringue tels que l'on a vu, mais ça va. Géraldine pique une première fois sans avoir désinfecté le site, se reprend, désinfecte, et pique ... avec le puits. L'enseignante recommande aux étudiants de s'entraîner à la maison ... et en stage, surtout en chirurgie, où il y a pas mal d'injections. En médecine, c'est plus rare. Les étudiants comparent les différents lieux de stage, et arrivent à la conclusion

unanime que *"en médecine, il n'y a pas grand chose quand même"*. La séance finit dans les bavardages divers.

F. Synthèse des séances portant sur les soins techniques

Par définition, les actes techniques entraînés dans ces séances de travaux pratiques ont une forte composante instrumentale. Les étudiants développent des habiletés sensori-motrices particulières, avec des niveaux de difficultés variés.

Ainsi, la tension artérielle est complexe du point de vue de la coordination sensori-motrice, pour les pansements et les injections la difficulté vient de la maîtrise de l'ordre des opérations et surtout de l'interdiction du contact direct avec les objets stériles.

Pour y parvenir, le schéma est souvent le même : démonstration par l'enseignante, puis essai des étudiants. Comme pour les soins de base, le respect de procédures reste très important. Didactiquement parlant, nous relevons deux types de difficultés.

En général, les étudiants sont au stade *novice*, et il n'est pas toujours aisé pour l'enseignant expert de transmettre analytiquement les gestes professionnels aux étudiants. Nous avons fréquemment observé le rôle important des étudiants redoublants, de stade intermédiaire, dans l'apprentissage des novices.

Une autre difficulté est de créer des contextes d'apprentissage aussi authentiques que possibles. La sécurité impose souvent de travailler sur les pairs sains ou sur des "substituts de patients" : mannequin, bassin cartonné, etc. Cette artificialité handicape le travail au plan instrumental, mais nous lui voyons surtout des répercussions néfastes au plan interactionnel.

Le plus souvent, le recours à ces substituts évacue toute réflexion et tout travail qui tienne compte de la dimension interactionnelle. Quelquefois, l'enseignant tente d'aborder la question en invitant les étudiants à se projeter dans le rôle du patient (ceci pourrait favoriser l'empathie), mais les étudiants restent en général sensible à marquer une frontière nette entre patient et soignant.

Au terme de ces séances d'exercices, certains étudiants ont acquis une première maîtrise des gestes techniques, d'autres pas. Aucune évaluation de leurs capacités n'est organisée, et tous partiront en stage, avec des niveaux d'acquisition parfois très différents, mais jamais clairement identifiés.

4.3.3 Le cours de secourisme : un contraste pédagogique

Les paragraphes qui suivent rapportent le déroulement d'un cours qui s'enseigne exclusivement en salle de travaux pratiques, le cours de secourisme. On ne peut le considérer à proprement parler comme un cours de *soins infirmiers*, puisque ce cours concerne par définition des contextes de soins ("les premiers soins") qui échappent au champ d'une pratique instituée, au plan du temps, des lieux, des acteurs.

Ce qui y est enseigné porte donc un étrange statut de *compétences de non-professionnels ou de semi-professionnels*. Toutefois, c'est un cours dans lequel les étudiants sont physiquement mobilisés de manière intensive, et qui véhicule de ce fait un potentiel élevé de processus de socialisation corporelle.

Nous présentons le déroulement de ce cours en plusieurs épisodes chronologiques.

Premières séances de secourisme. L'enseignante commence son cours à brûle pourpoint : *"Quelle est la première chose à faire sur les lieux d'un accident ?"* On trace rapidement sur le tableau noir le schéma d'un carrefour et de voitures accidentées. Chacun fait des propositions. L'enseignante récapitule ensuite : *"(1) Se maîtriser, (2) Éviter le suraccident, (3) Évaluer la situation, (4) Lancer l'appel"*. Dans la foulée de ses explications, l'enseignante évoque aussi la possible malveillance de tiers pendant les accidents (pickpocket, carjacking, etc.), voire même celle des "victimes" aidées, qui a posteriori réclament au secouriste un dédommagement pour un jean abîmé : *"Ah, oui, on voit de tout, qu'est-ce que vous croyez ?"* On enchaîne sans transition avec une petite mise en situation. Désignée par l'enseignante, Véronique sort. L'enseignante demande à Cindy (une étudiante redoublante) de jouer le rôle d'une victime : *"Tu es inconsciente, tu ne ris pas"*; elle dispose quelques objets dans la salle (couverture, téléphone, etc.) et ajoute *"des situations comme ça, vous n'en aurez jamais, tout est à portée de main"*. Le fou rire est général pendant toute la mise en scène. Véronique réintègre la classe : *"Qu'est-ce que je dois faire ?"*, Véronique touche ses cheveux, sa bouche, mais ne touche pas Cindy, puis la tapote un peu. Elle se retourne vers le groupe, puis dégage les voies respiratoires de Cindy, place sa tête en extension. *"Et puis je ne sais pas, j'appelle les secours ?"* Véronique verbalise ce qu'il faudrait faire : *"je reste près d'elle, je lui tiens la main, je discute avec elle, même si elle ne m'entend pas"*, ...mais ne fait rien de tout ça. L'enseignante renvoie les deux étudiantes à leur place, et on procède au debriefing de la mise en situation. L'enseignante houspille les étudiants et on répète tous en chœur : *"1, se maîtriser, 2, éviter le suraccident"*... L'enseignante décortique les réactions de Véronique : *"Tu as dit qu'elle était inconsciente, parce qu'elle ne serre pas ta main. Comment, inconsciente ? Et si c'est 'simplement' une fracture ? Il faut serrer les deux mains. Et ensuite ? Allez, c'est des habitudes que vous DEVEZ avoir. C'est vraiment des réflexes, vous ne devez plus vous tromper la prochaine fois."* L'enseignante interroge la "victime" : *"T'es-tu sentie bien prise en charge ?"* *"Elle n'était pas très présente. Quand elle a pris ma main, ça a été mieux"*. L'enseignante, vers la caméra : *"C'est décourageant, hein!"*. Fin de la première séance.

Lors d'une des séances ultérieures, on entraîne des situations de réanimation respiratoire sur un mannequin spécialement conçu à cet effet. C'est Aurélie qui s'y colle. Aurélie verbalise ce qu'elle voudrait faire plutôt que le faire. L'enseignante l'exhorte : *"allez, je veux voir ce que tu fais"*. Aurélie cède sa place à Cindy (une

étudiante redoublante) qui simultanément commente et agit, notamment en posant des actes qu'on n'a pas encore vus au cours. Après les explications sur la réanimation respiratoire, plusieurs étudiants s'y essaient sur le mannequin. L'enseignante désinfecte "la bouche" du mannequin après chaque insufflation. Aucun stagiaire n'ose vraiment dépoitrailler le mannequin pour effectuer son "V.E.S." (Voir-Entendre-Sentir, technique d'évaluation de la fonction respiratoire). Chaque fois, c'est l'enseignante qui achève l'opération en ouvrant largement les vêtements du mannequin sur son torse. Les étudiants préfèrent essayer la poire qui simule le pouls. Hélène éprouve des difficultés à percevoir le pouls carotidien sur le mannequin. L'enseignante interrompt alors la situation sur mannequin pour faire quelques exercices sur la prise des différents pouls, et entre autres le pouls pédieux (le plus difficile à prendre) : *"Ça s'appelle le pouls pédieux, allez, hop, tout le monde prend son pouls pédieux. On peut aérer le local, hein!"*. En grognant, les étudiants se déchaussent et prennent leur pouls pédieux.

Lors d'une autre séance, on aborde les plaies. L'enseignante voudrait que les étudiants simulent une querelle consécutive à une blessure accidentelle, pour voir comment on peut aussi "gérer une victime au plan relationnel", mais les étudiantes font de piètres actrices. Stéphanie, l'étudiante redoublante qui est en position de secouriste, intervient sans verbaliser sa conduite. Lors de la mise en scène suivante, Mélissa s'est "accidentellement tranché un doigt au cours de boucherie", Virginie lui fait un pansement de fortune, place le doigt coupé dans un récipient, appelle les secours puis tourne un peu en rond. Mélissa, assise sur une chaise, simule un état de choc imminent. Il faudrait l'allonger. Virginie n'intervient pas. Les étudiants observateurs, en souffleurs de théâtre peu discrets, indiquent à Virginie d'allonger Mélissa. Virginie semble pétrifiée. Elle répète : *"Je ne sais pas, je ne sais pas ..."*. La scène dure de longues minutes. Virginie n'allongera jamais Mélissa.

- **Une pédagogie plus inductive ... pour interioriser des routines**

D'un point de vue pédagogique, l'organisation des séances de secourisme est assez inhabituelle : les séances débutent par des mises en situation, sans consignes particulières, sans annoncer les techniques sur lesquelles elles portent. Généralement, pour réagir adéquatement à ces situations, les étudiants devraient poser des actes qu'ils n'ont pas encore appris, et qui font l'objet de la séance. En apparence, ces jeux de rôle n'apprennent donc pas grand chose aux étudiants, qui restent généralement à quia. Toutefois, à y regarder de plus près, ce choix de situations didactiques inductives est intéressant, dans la mesure où les séances présentent des homologues de conditions avec les situations "réelles" d'urgence. Par définition, l'avènement d'une situation réelle d'urgence médicale est imprévisible, et par définition également, le cours de secourisme est annoncé dans l'horaire. Or la compétence en secourisme a ceci de particulier qu'elle suppose la conjonction d'une capacité technique ~~et~~ d'une capacité à réagir en état de stress. Par le déroulement des séances de secourisme, rendu volontairement imprévisible, l'enseignante parvient à reproduire "in vitro" l'état de surprise et de stress caractéristiques des situations d'urgence. Ce cours est très insécurisant pour les étudiants, qui redoutent d'être choisis pour une mise en situation. Les jeux de rôles sont stressants, non pas du fait du caractère dramatique de la situation (comme cela pourrait être le cas dans la "réalité"), mais du fait de la perception très aiguë de leur incapacité à faire face et de se trouver devant des observateurs. L'enseignante semble jouer délibérément la carte de la déstabilisation (tout en déniait par son discours cette déstabilisation : *"des situations comme ça, vous n'aurez jamais, tout est à portée de la main"*). Par ailleurs, cet état d'incapacité vécu, soit réellement par les

étudiants qui jouent les rôles, soit de manière vicariante par les étudiants observateurs, éveille considérablement le niveau d'attention par rapport aux techniques étudiées ensuite. Nous constatons ici une importante mobilisation émotionnelle dans la situation d'apprentissage. Ce mode inductif d'apprentissage est pratiquement l'exact inverse des modalités d'apprentissage déductives observées pour la réfection des lits ou la toilette.

Il n'en reste pas moins que comme pour la réfection des lits ou la toilette, les techniques de secourisme comportent une grande part de routinisation. On dénombre ainsi de nombreux acronymes, qui constituent des moyens mnémotechniques de séquences précises d'action : ORAS (Observer, Réfléchir, Agir, Surveiller), VES (Voir, entendre, sentir), la règle des 3P (position, pression, pansement), etc. En Soins infirmiers, et en secourisme en particulier, la justification fonctionnelle de ces acronymes est de supporter des automatismes dans les situations dont l'urgence ne souffre pas la délibération réflexive ou la paralysie mentale. Ces routines constituent une technique pour surmonter l'état de stress. L'apprentissage et la répétition quasi-mécanique des gestes et de leur enchaînement sont supposés permettre au corps de se mobiliser adéquatement, indépendamment des émotions qui pourraient affecter la compétence, ou dans d'autres cas, de libérer la pensée réflexive des tâches élémentaires pour lui permettre de se concentrer sur les aspects spécifiques de la situation, aspects qui requièrent des décisions particulières. Dans ces deux cas, l'incorporation des compétences routinisées en automatismes soit court-circuite, soit libère le fonctionnement cognitif réflexif.

Le mode de fonctionnement ainsi visé par l'apprentissage se rapproche de ce que Kaufmann développe sous le concept d'injonction (en l'occurrence à propos des tâches ménagères : 1997).

A travers ce concept d'injonction, Kaufmann relativise le rôle prépondérant de la pensée réflexive dans les schèmes d'action et réaffirme l'ancrage corporel et émotionnel des compétences, en particulier pour les tâches pénibles.

L'injonction se définit comme une mobilisation de l'acteur qui fonctionne sur le mode de l'évidence : "il faut le faire". Il s'agit donc d'une incorporation qui permet de se mettre en mouvement sans détour par la délibération consciente : l'action s'impose à l'individu, l'automatisme corporel n'est pas interrompu par la pensée réflexive. Lorsque l'enchaînement est totalement accompli, l'individu est récompensé par un sentiment de fierté, qui en retour renforce l'injonction.

Ainsi, selon Kaufmann, contrairement à une représentation courante, "l'habitude" ou "l'automatisme" ne doivent pas être considérés comme une forme inférieure de déploiement de l'activité, mais au contraire comme une "stratégie complexe et efficace" qui permet le développement de l'action là où la pensée réflexive l'embarrasserait. "C'est l'enchaînement des gestes et les mouvements du corps seuls qui tiennent lieu de réponse quand les doutes l'effleurent; qui évitent même que les doutes ne l'effleurent (...). En s'incorporant plus profondément, l'injonction développe sa force structurante. Elle se dérobe en effet ainsi aux risques de remise en cause par le raisonnement et accentue l'efficacité des automatismes. Il n'est plus besoin de détours, ni par les contraintes extérieures et les regards qui les transmettent, ni par le raisonnement : le corps porte en lui-même ses propres déterminations, le cadre de référence déclenchant le mouvement" (Kaufmann, 1997 : 126-127).

Il s'agit bien de cet objectif dans le cadre du cours de secourisme. On suppose que les compétences devront s'exercer dans des situations de stress, d'émotion qui peuvent être inhibantes. On suppose que certaines actions seront pénibles (manipulation de corps ou de

membres abîmés, etc.). On suppose également que le temps sera une variable essentielle et que chaque minute gagnée augmente les probabilités de réussite de l'intervention. Les étudiants, par les mises en situations répétées, par le recours aux acronymes, etc. sont donc encouragés et entraînés à développer des enchaînements d'action automatiques.

Kaufmann précise toutefois les limites de l'injonction. Tout d'abord, il s'agit d'une représentation idéale-typique de l'action, l'automatisme total ne se rencontre jamais. Cet automatisme parfait n'est d'ailleurs pas souhaitable, au sens où, si la mobilisation est efficace, elle est en contrepartie peu souple et peu favorable à l'innovation. C'est dans les brèches de l'automatisme, lorsque l'injonction est moins bien incorporée, qu'elle sort de l'implicite, que la conscience commence à émerger : la pensée réflexive peut y prendre appui pour construire des modes d'action plus originaux et créatifs. Les gestes deviennent plus conscients, moins automatiques (ce qui peut en augmenter la pénibilité) mais plus ouverts au changement.

"La tendance irrépressible de l'individu est de développer un travail sur lui-même pour incorporer davantage les schémas d'action. Le modèle visé est celui de l'automatisme parfait, balayant les doutes et supprimant la pesanteur du corps. Mais ce modèle reste généralement à l'état d'idéal, concrétisé seulement en partie (...). Pourquoi ? (...) A chaque instant, il faut improviser sur tel ou tel détail, tâtonner, régler des enchaînements. (...) Ensuite, parce que l'habitude doit rester (plus ou moins) ouverte à la pensée. [L'individu] doit résolument rester le maître, maître de ses habitudes. Celles-ci sont donc obligées de réussir ce miracle : fonctionner comme des rouages bien huilés tout en restant ouvertes aux ordres de qui les commande. Ou du moins susceptibles de s'ouvrir dès que la nécessité s'en fait ressentir. Généralement, le suivi intellectuel de l'habitude reste néanmoins lointain, brumeux, lui-même routinisé (Gehlen, 1990); pour lui permettre de se maintenir dans l'entre-deux, et ainsi de développer sa force structurante" (Kaufmann, 1997 : 133-134).

Ce concept d'injonction proposé par Kaufmann présente des similitudes avec le modèle de Dreyfus & Dreyfus à propos du développement de compétences. Tous deux donnent au corps et aux émotions un rôle prépondérant comme moteur et comme support des conduites. Tous deux également mettent en évidence l'importance de la fréquente répétition de l'action pour arriver à un fonctionnement fluide. Tous les deux réaffirment le rôle de la pensée réflexive lorsque l'acteur est confronté à des situations problématiques ou inédites qui exigent de la créativité ou une remise en question du mode d'action routinisé. Ces deux approches présentent toutefois des différences. Pour Dreyfus & Dreyfus, le développement de l'excellence va de pair avec une perception aiguë et une implication croissante de l'acteur dans la situation; à l'inverse, pour Kaufmann, le détachement semble davantage caractéristique de l'injonction.

Cette différence nous semble importante à souligner et à remettre dans le contexte des Soins infirmiers. Kaufmann réfléchit essentiellement aux tâches ménagères, c'est à dire à des activités considérées comme pénibles et dans lesquelles l'acteur est en interaction avec des objets, mais pas avec des personnes. Ce n'est donc que du point de vue du confort de cet acteur que l'efficacité de l'injonction peut être évaluée. Peu importe que l'acteur soit peu présent à sa tâche, tant qu'elle est réalisée. Ce modèle de l'injonction convient donc tout à fait pour des tâches infirmières telles que le lavage des mains, la préparation du matériel d'injection ou la réfection des lits sans patient. Mais la plupart des soins infirmiers et des soins de premiers secours sont des soins en interaction avec un patient. Dans ce cadre, l'économie psychique du soignant n'est plus la seule à prendre en compte. Le soin comporte aussi des aspects relationnels. Quel est le bénéfice du détachement de l'injonction pour le blessé ou le patient ? L'injonction n'est pertinente que pour la dimension instrumentale du soin et à condition de

permettre de libérer le soignant d'une tension dans l'interaction pour lui rendre une *"qualité de présence à lui qui lui permet l'ouverture à l'autre"* (Rigaux). Pour le dire autrement, la routinisation de l'activité en injonction apparaît comme pertinente si elle permet au soignant de passer d'une action autocentrée à une action hétérocentrée.

Au plan instrumental, un des défis majeurs de l'apprentissage des techniques de premiers soins est de favoriser les automatismes tout en gardant la conscience en état de veille pour une adaptation aux particularités de chaque situation. Ce dosage n'est pas évident, et les étudiants se trouvent quelquefois pris entre deux feux lors des évaluations de leurs apprentissages : soit, on leur reproche de ne pas respecter le protocole de soin, soit on leur reproche de ne pas l'adapter au contexte. Au plan interactionnel, le défi est que la routinisation de l'activité n'ait pour conséquence le détachement du soignant par rapport à l'aspect relationnel du soin. Cela aussi peut être systématiquement entraîné au cours de l'apprentissage.

- **La dimension interactionnelle dans le cours de secourisme**

À la différence des séances de réfection des lits ou de toilette, l'enseignante semble privilégier le travail avec comparses au travail avec mannequin (sauf pour la réanimation cardio-respiratoire, impossible ou dangereuse à réaliser sur une personne en bonne santé). Ces jeux de rôle divers supposent d'une part que les étudiants acceptent de "mettre en jeu leur corps et leurs émotions", et d'autre part d'avoir des contacts corporels entre eux. Ces deux aspects de la situation d'apprentissage rompent les tabous de l'effacement ritualisé du corps.

Détaillons davantage comment ces situations sont abordées, du point de vue de l'enseignante, puis du point de vue des étudiants.

De manière générale, c'est l'enseignante qui décide, de manière unilatérale des étudiants qui joueront la situation, et c'est elle qui "donne les consignes de jeu". A plusieurs reprises, l'enseignante jouera, sur le ton de l'humour, avec ces situations potentiellement embarrassantes (en particulier celles qui relèvent de la *tenue*), par exemple lorsqu'elle demande aux étudiants de se déchausser pour prendre le pouls pédieux (*"On peut aérer le local, hein!"*), ou lors d'une autre séance (que nous n'avons pas rapportée), lorsqu'elle anticipera la gêne d'une étudiante appelée à retrousser son pantalon pour un soin de plaie : *"Ce n'est pas grave si tu n'es pas épilée, tu sais!"*. Par rapport à ces situations, l'enseignante adopte plutôt une stratégie délibérée de verbalisation ce qui devrait être tu dans le cadre des tabous corporels. Ses interventions se limitent toutefois à cette transgression de la norme. Il n'y a pas de travail d'explicitation de la situation, ne reconstruction de la sécurité de l'interaction.

En ce qui concerne les difficultés davantage liées au *contact* entre les étudiants, l'enseignante relève souvent que les actes posés sont partiellement incorrects, sans toutefois attribuer clairement les erreurs au malaise du corps à corps. A deux reprises, l'enseignante évoquera l'importance de l'aspect relationnel de la prise en charge de la victime (*"créer un contact rassurant"*, par exemple), mais ces aspects seront assez peu retravaillés dans le débriefing des séances, proportionnellement au temps consacré au retravail des aspects plus techniques.

Du point de vue des comportements des étudiants, nous observons que les situations de jeux de rôles mettent globalement tous les étudiants mal à l'aise, et ce aussi bien lorsqu'il s'agit de jouer le rôle de victime que celui de secouriste. Le "jeu théâtral" est relativement pauvre : aucun d'entre eux ne manifeste les émotions qu'il serait légitime de ressentir dans les situations qu'ils ont à jouer (ni cris, ni pleurs, ni colère, etc., juste quelques couinements de souris qui génèrent

des fous rires). Dans la mesure où, comme nous l'avons écrit, ces aspects ne seront guère mis en évidence par l'enseignante dans les débriefings, la qualité de jeu ne s'améliorera pas au fil des séances.

Si cette gêne à "jouer" est générale pour les étudiants, il nous semble toutefois possible de distinguer au moins trois manières différentes pour eux d'affronter les situations qui dérogent au code d'effacement ritualisé du corps.

Le black-out. Reprenons le cas de Virginie, dans l'épisode de l'accident à l'atelier de boucherie. Tout se passe comme s'il était *physiquement* impossible à Virginie de prendre Mélissa à bras le corps pour la placer dans une position qui éviterait l'état de choc. En principe, Virginie sait, intellectuellement, quelles sont les mesures de prévention de l'état de choc, mais en admettant même qu'elle ne sache réellement pas comment se comporter, le reste de la classe indique tellement bruyamment ce qu'elle doit faire qu'à moins d'être complètement sourd, il est impossible de ne pas se rendre compte que l'on attend une intervention physique du secouriste à ce moment.

Virginie résiste au corps à corps pour mettre Mélissa dans son lit ou par terre. Son malaise est flagrant, notamment au travers de nombreux auto-contacts. Il y aurait une sorte d'absence de connexion entre ce qu'elle sait devoir faire et l'action motrice qui lui correspond. Ses verbalisations sont de type "*je ne sais pas, je ne sais pas*". Tout se passe comme s'il lui était encore préférable de faire l'aveu d'une incompétence, plutôt qu'affronter le contact physique avec Mélissa. Dans ce cas, Virginie ne peut se résoudre à abandonner les références classiques d'interaction et à leur substituer des modes alternatifs; elle est également incapable d'exprimer ses difficultés. Nous appelons black-out cette apparente incapacité motrice jumelée à une apparente incapacité cognitive.

Nous avons pu observer d'autres situations de *black-out*, notamment lors de l'examen de manutention, que nous présentons en deux mots. La consigne évidente et classique, réitérée à maintes reprises, est de réaliser la manutention de patients sans bijoux (arguments habituels d'hygiène et de sécurité du patient). Pourtant, Jessica s'est présentée à cet examen, de la manière qui lui est habituelle de se vêtir, c'est-à-dire les doigts bardés de bagues et des colifichets au cou. Pour l'enseignante, ce comportement semblait si surréaliste que cela en était presque de la provocation. Jessica ne présenta finalement pas l'examen. Elle nous expliquera par la suite qu'elle "*avait eu un trou*", qu'elle ne se souvenait plus de rien, et qu'elle était incapable d'expliquer sa conduite. Ici également, tout se passe comme si la résistance du corps à se plier à de nouvelles normes se traduisait par une "amnésie". Tout comme pour Virginie, il semble que, au moins inconsciemment, le corps de Jessica se refuse à la transformation attendue de lui, mais que ce refus ne peut être assumé consciemment et s'exprime par une sorte de panne cognitive.

L'esquive verbale. Le comportement d'Élise permet de cerner un autre type de réaction au conflit entre les injonctions de la situation et le code corporel habituel. Élise *verbalise* le comportement attendu, plutôt que l'actualiser : elle nous raconte ce qu'elle ferait dans ces circonstances-là, sans accompagner du geste sa parole, même sous le harcèlement de l'enseignante : "*Je regarde le torse*" "*Comment on se met, allez, fais-le*", "*Je regarde*", "*Comment se positionne-t-on ? Allez, c'est pas permis!*"

On peut faire l'hypothèse que la tension est grande pour Élise, entre les instructions données par l'enseignante, ou ce qu'elle sait des exigences de son intervention, et le code d'interaction

qu'elle a intériorisé. Pour reprendre les termes de Kaufmann, *l'injonction* n'est pas encore suffisamment incorporée par Virginie pour lui permettre de réaliser la tâche. Il semble qu'Élise trouve un moyen terme à la situation en réalisant "cognitivement" les instructions (elle *dit* ce qu'il faut faire), sans les réaliser "corporellement". Nous appelons cette stratégie l'esquive verbale. Élise "*sait que*", mais n'est pas encore capable de mettre son corps en mouvement, en tout cas pas totalement. Pour être réalisés, les gestes devraient encore être contrôlés par la volonté consciente, ce qui, d'après Kaufmann, confère à la tâche une pénibilité maximum.

Il nous semble faux ou à tout le moins abusif de tirer la conclusion que dans ce cas de figure, Élise n'a rien appris. Tout d'abord, la stratégie même d'Élise indique qu'elle a perçu, ne fut ce que confusément, les enjeux interactionnels du soin, même si elle n'est pas encore en mesure d'y répondre adéquatement. De plus, à la différence de la situation de black-out, Élise est capable de *verbaliser* ce qu'il conviendrait de faire, c'est-à-dire, d'opérer une projection vers l'avenir. Elle est incapable de le faire maintenant, mais la porte est ouverte pour une actualisation future. Une dynamique est en route, ou en tout cas possible.

Notons que cette substitution du "*dire*" au "*faire*" n'est pas propre aux étudiants. Dans de nombreuses situations, les enseignants y recourent également. Nous aurons de revenir plusieurs fois sur des situations où les enseignants expliqueront aux étudiants comment se comporter sans joindre le geste à la parole.

Le simulacre gestuel. Pour d'autres étudiants ou d'autres circonstances encore, la tension entre les attentes de l'enseignante dans la situation d'apprentissage et le code rituel se traduit autrement. Dans cette troisième voie, le mouvement de contact est esquissé, mais pas pleinement achevé, abouti. C'est un simulacre gestuel.

Prenons pour exemple, le comportement d'Aurélien qui esquisse le mouvement du VES, mais en conservant une distance symbolique avec sa partenaire, il n'est absolument pas question d'un contact corporel entre elle et sa partenaire. C'est également le cas de la plupart des étudiantes qui "libèrent les voies respiratoires" du mannequin de manière totalement insuffisante³⁹.

Ces simulacres gestuels sont fréquents. Ainsi, lors d'une démonstration au cours de manutention, Mélissa, désignée par l'enseignante pour être sa partenaire lors d'une démonstration, éprouvera les pires difficultés à "empoigner", comme demandé, la hanche de celle-ci. Elle ne placera à la taille qu'une main molle, avec une faible pression de ses doigts sur le corps de l'enseignante.

Ces exemples ont ceci de commun que les étudiants s'exécutent, en réponses aux demandes de l'enseignant ou de la situation, mais *limitent* leur geste, soit en durée, soit en ampleur, soit en intensité. L'action motrice commence à se déployer selon de nouvelles références, mais cette action demande encore un effort particulier, elle n'est pas naturelle, elle n'est pas incorporée, ce n'est pas encore une injonction.

Black-out, esquive verbale et simulacre gestuel sont donc trois modalités de réponse des étudiants aux situations où il leur est demandé de transgresser les normes habituelles d'interaction corporelle. De notre point de vue, ces trois modalités ne doivent pas être hiérarchisées, pas plus qu'elles ne constituent une séquence chronologique.

³⁹ Ceci nous permet de pointer que les difficultés interactionnelles des étudiants paraissent pratiquement aussi grandes lors du travail sur mannequin que du travail avec pair.

- **Le principe de retenue**

Revenons un instant au contenu des séquences routinisées. Nous observons que dans la plupart des cas, ces séquences *ne commencent pas* par une phase d'activité, mais par un temps d'attente, de contrôle et/ou d'observation (**ORAS** : Observer; 1 : "se maîtriser" etc.). Nous retrouvons donc ici un principe de retenue de l'action déjà évoqué, notamment dans le cadre du contrôle des émotions lors de la toilette. Peu à peu se dessine un modèle de l'activité infirmière : ni passivité, ni précipitation, mais action contrôlée. L'infirmière compétente est celle qui agit, sans se laisser dominer par ses émotions.

Secourisme. Une nouvelle mise en situation : Anne-Catherine est dans le couloir. On bricole à Ingrid, une étudiante redoublante, une fausse blessure (un clou qui transperce son index de part en part). Anne-Catherine entre. *"Aïe, aïe, aïe, mon doigt, vite, quelqu'un, maman, ça fait mal!"*. Ingrid joue son rôle avec conviction. Anne-Catherine est très calme, elle inspecte le doigt d'Ingrid ... mais ne voit absolument pas quoi faire. Elle se décide : *"Je vais téléphoner aux secours"*, et abandonne là Ingrid, qui, entre-temps, lui annonce qu'elle *"ne se sent pas bien"* et se met à trembler. Cela n'a guère l'air d'émouvoir Anne-Catherine. A aucun moment elle n'adresse la parole à Ingrid. Instant de flottement. L'enseignante se tourne vers la classe : *"Qu'est-ce qu'elle peut faire ? Enlever le clou ? Pourquoi ? Que peut-elle faire, alors ? Elle ne se sent pas bien : l'allonger"*. Anne-Catherine va placidement chercher une couverture, la déplie sur le sol, soutient Ingrid par le coude jusqu'à la couverture, mais la laisse s'allonger seule. Les autres étudiants feuilletent leurs notes à la recherche d'une idée, et se désintéressent de la scène. Anne-Catherine décide de mettre des gants, nettoie la plaie. Ingrid s'est un peu calmée. On stoppe là la mise en situation, qui aura duré sept minutes. L'enseignante passe au débriefing. 1. "Se maîtriser" : elle félicite un peu ironiquement Anne-Catherine pour son self-control. 2. "Eviter le suraccident" : *"Eviter le suraccident, c'est aussi pour soi : mettre des gants. C'est très bien. Je n'avais pas suffisamment insisté lors du précédent cours : en cas d'hémorragie, mettre des gants"*. On montre aussi comment immobiliser un corps étranger : c'est Caroline (une étudiante redoublante) qui vient faire la démonstration sur la main de l'enseignante. Les étudiants demandent des compléments d'explication, imaginant les situations les plus rocambolesques : *"Et si ..., et si ..."*. Une étudiante évoque le fait de rassurer la victime comme un "soin" qu'aurait également pu faire Anne-Catherine. *"Oui, parlez à la victime pour la rassurer, mais aussi pour maintenir l'état de conscience"*, insiste l'enseignante. Autre acte utile en cas d'hémorragie : la compression. L'enseignante montre sur Caroline comment faire une compression indirecte au pli du coude, au creux axillaire, mais cite sans démonstration la compression au pli inguinal et au creux poplité. On rappelle aussi de vérifier le pouls, qui devient filant, en cas d'hémorragie (aucune indication n'est donnée sur ce à quoi peut ressembler un pouls "filant"). Pour clôturer le chapitre sur les hémorragies, l'enseignante fait sur Anne-Catherine la démonstration d'un pansement compressif : ça doit serrer, sans couper la circulation. Pour l'évaluer, l'enseignante interroge Anne-Catherine : *"Tu sens que c'est bien serré ?"*. Les étudiants ont l'air moins tendus que lors des mises en situation précédentes. On clôture par une synthèse théorique sur l'état de choc, et un petit test récapitulatif, de type QCM. Après une pause, on aborde la réanimation cardio-respiratoire. On pousse les bancs contre le mur pour installer le mannequin de réanimation sur un tapis de sol spécial. L'enseignante retire son gilet. Tout le monde s'approche. L'enseignante désinfecte la

bouche du mannequin. Elle s'accroupit et procède à une démonstration commentée, décomposant chaque étape. A nouveau, les étudiants demandent des compléments d'information, cherchant les exceptions aux consignes données par l'enseignante : *"Et si ..."*. C'est à Elise de s'essayer. Elle commence par verbaliser ses intentions. L'enseignante l'interrompt : *"Ne dis pas ce que tu fais, fais-le!"*. Elise perd un peu ses moyens, car l'enseignante a "remis un pouls" au mannequin, ce qui ne justifie pas une réanimation cardio-respiratoire, mais uniquement respiratoire (étudiée aux cours précédents). Ça revient. Elise ne s'en sort pas trop mal, puis s'embrouille à nouveau. A voir Elise peiner, on réalise combien la réanimation est une activité physique fatigante! Malgré les suggestions de l'enseignante, Elise n'a toujours pas lancé l'appel. Finalement, on arrête la réanimation. Elise n'a toujours pas appelé les secours. L'enseignante conclut : *"Elle mériterait que je la fasse continuer"*. Véronique prend la relève, s'embrouille également. Elle commence le massage cardiaque sans mesurer sa force et écrase littéralement la cage thoracique du mannequin. L'enseignante freine son élan. Finalement, Véronique dose son effort en se référant à la lampe-témoin du mannequin, plutôt qu'à ses propres observations.

- **La hiérarchie technique/relationnel**

Lors de cette mise en situation, Ingrid qui joue le rôle de la victime s'efforce de rendre son état émotionnel vraisemblable, ce qui avait fort peu été le cas d'autres étudiantes lors des simulations précédentes. Cela est-il plus facile parce qu'il s'agit d'une élève redoublante, plus affranchie du fait de son expérience de formation ? En revanche, l'étudiante-secouriste n'entre pas dans cette interaction. Son intervention se concentre sur les aspects techniques du soin, sans aucune considération pour la personne d'Ingrid. Anne-Catherine n'entre d'ailleurs en contact physique qu'avec le membre lésé d'Ingrid, pas avec d'autres parties de son corps. Toucher la plaie ne lui pose pas problème, mais il semble qu'il lui soit pénible d'avoir un corps à corps plus global avec Ingrid. On ne peut que formuler des hypothèses quant à ce qui se passe dans la tête d'Anne-Catherine à ce moment-là. Ne perçoit-elle pas les enjeux émotionnels de la situation ? Les perçoit-elle, sans savoir comment y répondre adéquatement, en particulier dans une situation factice, et devant des observateurs ? Sa réaction est sans doute à rapprocher de la catégorie *simulacre gestuel* que nous avons décrite pour les précédentes séances de secourisme : les contacts corporels sont ébauchés, suffisamment pour qu'on ne puisse lui reprocher de n'avoir pas agi, mais sans que les gestes soient pleins et aboutis. Cette absence d'interaction, verbale ou non verbale, entre Ingrid et Anne-Sophie ne sera pas relevée par l'enseignante. De même, quand lors du débriefing une étudiante suggérera de parler à la victime, l'enseignante mettra davantage l'accent sur l'aspect médical de l'échange (maintenir l'état de conscience) que sur la fonction émotionnelle (rassurer la victime). Ainsi donc, rien dans l'attitude pédagogique de l'enseignante n'encourage le développement d'interactions entre victime et secouriste. Seule exception : la perception subjective de la victime intervient dans l'évaluation de la qualité du pansement compressif (*"Tu sens que c'est bien serré ?"*), à côté des paramètres objectivés par le secouriste. Se confirme ici également une hiérarchisation implicite entre les aspects techniques et les aspects relationnels des soins.

L'enseignante, quant à elle, semble relativement à l'aise dans les corps à corps avec les "victimes" : elle procède à de nombreuses démonstrations-manipulations sur les étudiants. Mais la hiérarchisation des zones plus ou moins taboues demeure bien prégnante : les contacts avec les mains et les membres supérieurs sont nombreux, moins nombreux avec les membres inférieurs, il n'y a pas de contact avec les zones périgénitales (compression au pli inguinal). La localisation des plaies et traumatismes factices lors des mises en situations, déterminée également par

l'enseignante, procède de la même logique implicite : nombreux sur les mains, bras et avant-bras, sur les tibias, moins nombreux sur les cuisses, rares sur le torse, l'abdomen, le visage, les zones génitales. Nous retrouvons une stratégie *d'esquive verbale*. Dans tous les cas de figure, les principes de l'effacement ritualisé du corps sont reproduits avec très peu d'aménagements dans les situations d'apprentissage.

On constate avec étonnement que *l'appel* est une étape qui reçoit un traitement très particulier en fonction des mises en situation : quelquefois, il y a un repli des étudiants sur cette opération; d'autre fois, à l'inverse, c'est une étape totalement oubliée. A l'analyse, il nous semble que l'appel est *surinvesti* lorsque le secouriste est "en panne de réaction" (il ne voit pas quelle intervention mettre en œuvre et se décharge symboliquement de la situation sur un tiers), et/ou lorsque les actes techniques sont posés, et qu'il ne reste plus qu'une prise en charge plus émotionnelle à assumer. La réalisation de l'appel permet alors de temporiser, de faire diversion. A l'inverse, l'appel est parfois complètement oublié. Lors de la réanimation cardio-respiratoire, ce n'est pas au secouriste de lancer lui-même l'appel, mais il doit confier cette mission à un "badaud". Cela suppose donc d'interpeller un condisciple. Tout se passe comme si les étudiants éprouvaient des difficultés à générer des interactions entre eux, au-delà des aspects techniques de la situation. Ici également, il semble que Elise préfère une évaluation négative de la part de l'enseignante plutôt que de mettre en scène une interaction avec un autre étudiant.

- **Le désenchantement du rôle du soignant**

Lors de cette séance, l'enseignante insiste sur la protection du soignant ("*mettre des gants*") autant que sur celle de la victime (nous aurons d'autres éléments relevant de ce registre, en particulier lors du cours de manutention). Ce souci pour le soignant contraste avec les réactions des étudiants, dont la représentation spontanée de la profession est davantage "altruiste" (cf. enquête pas questionnaire). Cet élément est à rapprocher aussi des allusions faites par l'enseignante lors du cours de secourisme à propos la possible malveillance de tiers ou de victimes. Par ce biais, l'enseignante induit un désenchantement du rôle du soignant. L'infirmier n'est pas (plus) présenté comme un ange qui sauve au mépris de sa propre intégrité, mais comme un professionnel qui impose des limites à son intervention. Ce discours de l'enseignante correspond d'ailleurs à l'évolution de l'identité professionnelle infirmière qui cherche à s'émanciper de sa genèse religieuse et des connotations de vocation et d'abnégation qui lui étaient associées.

On peut toutefois se demander comment ce discours est reçu par les étudiants. Nous savons via le questionnaire que la plupart d'entre eux s'identifient à l'image stéréotypée de l'infirmière dévouée et altruiste. Si cette image est désenchantée, vers quel nouveau support identitaire peuvent-ils se tourner ? Peuvent-ils se projeter dans l'idéal du professionnel tel qu'il leur est proposé au travers de la formation ?

L'enseignante se sent mal ... lors d'une des dernières séances, l'enseignante présente les symptômes d'un malaise cardiaque. Elle pâlit, transpire, s'exprime avec difficulté, s'assied en silence. Long temps mort pendant lequel aucun étudiant ne réagit. Tout le monde se regarde. L'enseignante appelle Laura : "*Viens un peu ici*". Laura bouge, suivie de Jessica et de Caroline. Les autres étudiants semblent tétanisés, de loin, ils m'interrogent du regard. Je n'ose ni bouger, ni enclencher la caméra. Quoique je fasse, j'influencerai la perception de la situation. Jessica tente maladroitement de rassurer l'enseignante par des "*j'ai déjà eu ça, ça va passer*". Laura envoie chercher un stéthoscope, prend les pulsations, demande si l'enseignante prend habituellement des médicaments, envoie prévenir le secrétariat. Les

trois étudiantes tentent d'installer l'enseignante sur un des lits de la classe. Alertées, la directrice, une éducatrice et une autre enseignante, arrivent dare-dare. L'enseignante se redresse d'un bond, ce qui clôt l'incident dans un éclat de rire.

- **La simulation comme ressource didactique**

Les étudiants n'aiment pas les situations qui ne sont pas clairement identifiées. Dans le cas présent, ils ne savent pas s'ils ont affaire à une situation d'apprentissage ou à une urgence "réelle". Tant qu'ils ne peuvent typifier la situation, l'action est paralysée. La définition intersubjective de la réalité apparaît comme une condition préalable à la mobilisation de savoirs ou de savoir-faire. Les étudiants hésitent : "Est-ce qu'on simule ? Est-ce réel ?".

Notons que, rationnellement, pour l'observateur, l'hésitation est pour le moins curieuse, puisqu'il met en balance la vie de l'enseignante (si c'est vrai) contre une action inutile de l'étudiant (si c'est une simulation). On peut se dire que, quel que soit le statut du malaise, poser des actes de secours ne peut être néfaste. Or, les étudiants hésitent. Pour comprendre cette apparente aberration, on peut supposer que d'autres considérations pèsent implicitement sur la décision. Les étudiants peuvent craindre de *perdre la face* dans l'interaction (c'est en substance ce qu'ils exprimeront après l'incident); si c'est une simulation, les étudiants craignent d'avoir l'air ridicule du fait de leur crédulité. Ceci signifie qu'implicitement, ils perçoivent la capacité à typifier cette situation comme un de ses enjeux. Ceci s'apparente au principe des canulars et autres caméras cachées : *l'erreur de typification* produit ipso facto la perte de face (nous y reviendrons dans le récit de l'anecdote suivante). Vient s'ajouter à cet enjeu le fait que dans cette situation particulière, l'action suppose une mise en jeu des corps (Il faudra toucher l'enseignante ? La porter ? Lui dégager les voies respiratoires ? La déshabiller ? La réanimer ?). Ces actions supposeraient donc de lever la résistance de l'effacement ritualisé du corps, et nous voyons que cet obstacle ne pèse pas pour rien dans le comportement des étudiants.

Comme dans les expériences classiques de psychologie expérimentale, c'est par la sollicitation directe et personnalisée d'une étudiante que l'enseignante forcera l'action. A partir de ce moment, les étudiants sont dédouanés de l'exigence de discernement et se lancent plus volontiers dans l'action.

L'ambiguïté des situations entre simulation et réalité n'est donc pas facile à gérer pour les étudiants. Nous en trouvons un autre exemple dans l'anecdote suivante, toujours issue du cours de secourisme.

Réanimer Cindy. Aurélie sort, Cindy s'allonge par terre. L'enseignante demande à Cindy de simuler l'inconscience et la détresse respiratoire ("*pas l'arrêt respiratoire, forcément!*"). Aurélie entre. Cindy est sur le ventre. "*Madame, Madame!*", cette approche est maintenant bien rôdée, c'est un automatisme. Mais après ? Aurélie hésite à retourner Cindy. L'enseignante la houspille. Aurélie constate les difficultés respiratoires. Elle entreprend de dégager les voies respiratoires. L'enseignante rappelle de désambigüiser les interventions du secouriste. "Le VES est négatif" dit Aurélie (pour l'enseignante, cela n'est pas possible, puisque Cindy est vivante, mais elle ne dit rien). "*Alors ?*", "*Deux insufflations ?*", "*Vas-y!*". Docilement, Aurélie s'approche de la bouche de Cindy. L'enseignante sursaute et interrompt Aurélie : "*Mais qu'est-ce que tu fais ???*". L'enseignante ne comprend pas comment Aurélie a pu trouver imaginable qu'on lui demande de réaliser un bouche-à-bouche sur Cindy : "*Je vais avoir des ennuis, moi*", commente-t-elle en riant vers la caméra.

Nous voyons qu'ici, même si Aurélie fait une mauvaise évaluation de la situation (il ne pouvait pas s'agir d'un arrêt respiratoire), elle est prête à accepter qu'il s'agit d'une simulation et adopte les comportements attendus si la situation est "réelle" : elle s'apprête à réanimer Cindy. Elle est interrompue dans son mouvement par l'enseignante horrifiée.

Nous voyons ici que, dans les contextes de simulation, les étudiants sont soumis à des injonctions partiellement contradictoires : d'un côté, on leur demande de "jouer le jeu", de "faire comme si", et d'un autre côté, de toujours conserver de la retenue et de la distance, de se conformer aux normes du comportement en classe. Ils doivent être en même temps "dedans" et "dehors", et, plus difficile encore, savoir sur *quels* éléments de contexte être "dedans" et sur *quels* autres être "dehors". Le cadrage scolaire et le cadrage "situation de soins" entrent partiellement en conflit : l'étudiant est toujours menacé d'en faire trop ou pas assez. Ce genre de situations, qui échaude les étudiants, peut rétrospectivement aider à comprendre leurs réticences à s'impliquer dans l'action lorsque la situation n'est pas clairement typifiée.

Ainsi, nous voyons que si les étudiants affichent généralement une préférence pour les "situations réelles", s'ils réclament plus de vraisemblance dans les situations d'apprentissage, ils n'en mènent pas large lorsqu'on les prend au mot. L'école reste une "parenthèse de la vie réelle", où l'on s'entraîne "à blanc" dont on attend la sécurité et où il semble difficilement concevable que des choses "vraies" et déroutantes puissent arriver. Cela signifie aussi que l'école reste un lieu dans lequel on se vit d'abord comme étudiant, et pas comme soignant, avec des attitudes et des registres de comportements différents. Nous voyons aussi, du côté des enseignants, des difficultés à construire des "situations de simulation authentiques" qui ne soient pas des pièges pour les étudiants. L'usage de ce dispositif pédagogique doit donc être mûrement réfléchi : les étudiants savent-ils (ou non) qu'il s'agit d'une simulation ? Quelles sont les apprentissages visés dans la simulation (portent-ils uniquement sur les actes posés ou également sur l'évaluation de la situation) ? Quels sont les éléments de contexte et/ou les conditions matérielles⁴⁰ à réunir ? Qui est observateur ? Quelles sont les limites que l'on place aux comportements dans la situation ? Comment et quand intervient-on dans la situation ? Dans quel climat émotionnel commente-t-on les réactions des étudiants ? Etc.

Les séances de secourisme sont l'occasion de relever d'autres ambiguïtés dans les situations d'apprentissage.

Lors des séances sur les brûlures, on installe une friteuse (éteinte), des frites en mousse, une bouteille d'huile qui coule. *"Anne-Catherine s'est brûlée en secouant ses frites"*. C'est Aurélie qui est secouriste. *"Aïe, aïe, ça fait très mal"*. Le jeu d'acteur d'Anne-Catherine n'est pas très bon, soit. *"Venez tout de suite, madame"*. Aurélie installe Anne-Catherine au lavabo, sous le jet d'eau froide. Elle fait l'appel, puis demande : "Ça va, madame, vous souffrez beaucoup ? Ça vous soulage un peu ?", dans un réel effort de tenir compte de ce que ressent Anne-Catherine. Aurélie met des gants, fait asseoir Anne-Catherine, réalise un emballlement de la main et attend les secours. On procède à la correction : l'enseignante pointe qu'Aurélie n'a pas pris les mesures qui s'imposaient pour éviter le suraccident, critique la manière dont le cooling a été réalisé (pas le jet directement sur la brûlure, faire asseoir la victime, enlever la montre), corrige la manière dont l'emballement a été réalisé

⁴⁰ L'enseignante fait remarquer aux étudiants que dans les simulations de réanimation, on a tendance à s'évaluer à l'aide de la lampe-témoin du boîtier de contrôle auquel est relié le mannequin, mais que bien sûr, c'est le thorax de la victime qu'il faut surveiller. On se demande alors pourquoi l'enseignante ne soustrait pas simplement la lampe-témoin au regard des apprentis-secouristes ...

(on verra les emballements au cours suivant, en même temps que les bandages). On emballe pour l'infection, mais aussi pour la douleur précise-t-elle. En revanche, pas de mention du souci d'Aurélié d'interagir avec la victime et de se soucier de ce qu'elle ressent.

L'attention lors de la correction est surtout focalisée selon le point de vue technique et aucun commentaire n'est fait à propos de l'attitude plutôt rare et remarquable du secouriste envers la victime. Une fois de plus, la dimension relationnelle est négligée par la formation. Il n'y aurait ici rien de nouveau par rapport à ce que nous avons déjà pointé de nombreuses fois, si d'autres mises en situations ne se déroulaient autrement :

Exercice sur les traumatismes de l'appareil locomoteur. Géraldine est la victime et Elise le secouriste. Elise ne sait trop que faire (et pour cause, on n'a pas encore abordé ce type d'accident). *"On peut parler aussi à la victime. Il faut la rassurer, cette petite dame : je vais rester près de vous ... Allez, Elise!"*. Dégager les voies respiratoires : *"Tu peux dégrafer le premier bouton de son chemisier, tu t'es présentée, elle a toute confiance en toi."* L'enseignante insiste sur *"l'approche de la victime"*, *"la rassurer"*, *"ce que l'on ne doit pas lui dire"*, etc.

Dans la plupart des situations que nous avons décrites jusqu'à présent, l'attention à la victime n'est que mentionnée comme principe, et pas entraînée. Lorsque l'étudiant s'y emploie, elle n'est pas valorisée. Ici, en revanche, l'enseignante insiste sur *"l'approche de la victime"*, mais c'est malheureusement surtout sur le mode de la critique. Ceci renvoie-t-il à la représentation de la différence entre l'apprentissage des techniques par rapport aux compétences relationnelles, les premiers devant être maîtrisés d'abord, avant d'ajouter éventuellement une "couche" relationnelle au soin ?

• Synthèse de l'analyse du cours de secourisme

La pédagogie des séances de secourisme tranche avec ce que nous avons observé jusqu'à présent dans les séances de travaux pratiques.

Les séances sont construites sur la base d'une approche non plus déductive, mais radicalement inductive, tentant de s'approcher des conditions de premiers soins. Cette approche inductive table résolument sur la mobilisation émotionnelle des étudiants. Au sein des séances d'exercices, l'enseignante recrée l'imprévisibilité. Cette stratégie pédagogique permet de construire une homologie entre les situations scolaires (où les interventions sont programmées et artificielles) et les situations d'urgence ou d'accident (qui par définition ont les caractéristiques inverses). Les mises en situations sont aussi insécurisantes pour les étudiants. Ceux-ci sont donc mobilisés sur les situations du point de vue cognitif, du point de vue corporel et du point de vue émotionnel.

L'objectif de cette pédagogie est la routinisation de l'action, qui se réalise par l'incorporation d'injonctions. Nous observons donc ici une forme d'apprentissage qui se base sur l'articulation des émotions⁴¹ et du corps plutôt que sur le fonctionnement réflexif.

Cette méthode pourrait-elle s'appliquer à l'enseignement d'autres compétences ?

⁴¹ Toutefois cette mobilisation émotionnelle est ambiguë au sens où les émotions sont suscitées pour mieux les contrôler.

Le recours à une méthodologie plus inductive, avec des mises en situation mobilisant les étudiants corporellement et émotionnellement est certainement une veine à explorer. Mais ce n'est pas une panacée. L'observation des séances de Secourisme permet déjà de repérer les limites de ce modèle.

L'injonction repose en grande partie sur un ancrage corporel des compétences. Nous voyons combien cette incorporation demande d'effort lorsque l'activité à apprendre se heurte aux anciens schèmes d'interaction : les étudiants éprouvent de grosses difficultés à mettre leurs corps "en jeu" lors des séances et déploient plusieurs stratégies de contournement de l'injonction. Nous avons ainsi mis en évidence le black-out, l'esquive verbale et le simulacre gestuel. Ces stratégies confirment la tendance des apprenants à résister aux transgressions des normes d'interaction et à reproduire l'effacement ritualisé des corps. La mise en situation ne résout donc pas ipso facto la question des rituels d'interaction, elle fournit plutôt des occasions de travailler avec les étudiants leur expérience.

Le recours aux simulations dans l'apprentissage comme contextualisation substituée à l'exercice en situation réelle amène aussi des difficultés, en particulier du point de vue du cadre de la mise en jeu des corps. L'ambiguïté des limites de la simulation et des attentes de l'enseignant à son égard pose problème aux étudiants qui identifient mal le cadre auquel ils doivent se référer.

L'incorporation d'une injonction mène aussi à une forme de détachement par rapport à la situation (facilitation de l'activité, diminution de la pénibilité pour le soignant). De ce point de vue, si le dispositif d'apprentissage ne veille pas à réintroduire explicitement une perspective relationnelle, la compétence reste autocentrée et ne peut se déplacer vers le patient.

4.3.4 Le cours de manutention : une logique industrielle

Manutention : le cours de manutention est dispensé par la même enseignante que le cours de secourisme. Il nous est présenté essentiellement comme une rationalisation tayloriste des pratiques, une professionnalisation des gestes de la vie quotidienne : *"la bonne volonté ne suffit pas. La manutention permet de remplacer les bonnes volontés maladroites et dangereuses par des techniques efficaces"*. Issue des travaux en ergonomie industrielle, la manutention des patients en a gardé une partie du vocabulaire, ainsi, on parlera de manipulation de *"la charge"* pour désigner le patient. L'enseignante s'en excuse, et évoque dans son introduction au cours la dimension également relationnelle de la manutention (car on entre en contact avec le corps du malade), puis il n'en est plus guère question par la suite. Certaines manœuvres de la manutention exigent plusieurs soignants : on évoque donc la collaboration (et donc le contact) non seulement avec le patient, mais aussi avec des collègues. Les consignes habituelles sont rappelées (ongles courts, pas de bijoux) justifiées ici moins par l'hygiène que par la sécurité et le confort du patient. Avec ce premier cours de manutention, les élèves découvrent avec étonnement les maux professionnels, lumbago, sciatique, hernie discale qui touchent plus d'un soignant sur trois. Une des diapositives de l'introduction au cours montre un croquis d'une infirmière en minijupe. L'enseignante commente *"c'est une image fausse"*. Plus tard, on récapitule les principes physiques de la manipulation ergonomique des charges, dont l'élargissement de la base de sustentation en écartant les jambes *"même si ça n'est pas très raffiné"*.

Ce qui est significatif dans la Manutention, ce n'est pas de mobiliser le patient, mais de le mobiliser *professionnellement*, c'est-à-dire d'une manière qui se distingue de la manière profane, et dans une moindre mesure des manières moins technicisées des infirmières des générations précédentes (*"Ce sont des techniques assez récentes, vous aurez peut-être à montrer l'exemple dans les services"*). Lors de ce premier cours de manutention, nous retrouvons un mode d'apprentissage corporel similaire, sous certains aspects, à l'enseignement des actes non-réservés : il s'agit d'un savoir-faire à forte composante instrumentale qui devient également une figure symbolique de la pratique infirmière. La construction de l'identité professionnelle infirmière passe par le renforcement des aspects techniques et codifiés d'une pratique. Dans un contexte de professionnalisation des soins infirmiers, cette technicisation de la manutention permet de légitimer, par un critère de rationalité, des pratiques de soin relativement peu valorisées a priori, en créant une zone de compétence, nettement séparée des savoir-faire profanes et des activités médicales. Dans cette logique de professionnalisation, l'école semble jouer un rôle proactif par rapport à l'hôpital : les techniques de manutention infiltrent l'hôpital essentiellement au travers des nouvelles infirmières formées dans le monde scolaire. A cet égard, la manutention connaît un sort similaire aux plans de soins et diagnostics infirmiers : portées et valorisées par l'Ecole, ces pratiques ont peu de succès dans les services hospitaliers, et les infirmières expérimentées y sont souvent réticentes.

Ce cours apporte la seconde référence aux aspects plus négatifs du métier (après la malveillance des tiers, évoquée dans le cours de secourisme, donné d'ailleurs par la même enseignante). On y évoque en effet les maux professionnels, facette de la profession qu'aucun des étudiants ne semble avoir anticipé. Ce cours fait ainsi figure d'exception, puisque les techniques présentées sont destinées autant (si pas plus) à la santé et au confort du soignant qu'à ceux du patient. Cette centration sur le soignant plutôt que sur le patient s'inscrit aussi dans une logique collective : une pathologie dorsale d'un infirmier dans un service doit être compensée par un

surcroît de travail pour tous les autres, au risque de dégradations des relations de travail dans l'équipe. La manutention sert à se protéger soi, mais aussi à protéger les autres soignants.

Voyons à présent comment ces techniques sont concrètement enseignées.

Après une révision théorique, on installe les tapis par terre, pour l'échauffement. Certains sont en jogging. L'enseignante s'impatiente : *"Allez, allez, tout le monde y va"*. L'enseignante anticipe sur l'aspect incongru de la posture et demande le silence : *"On a bloqué la porte, personne n'entrera. Pas besoin d'avoir le son"*. *"Ça ne fait pas de tort de le faire avec"*, me lance-t-elle. *"C'est pour moi que vous dites ça ?"* *"Oui"*. Tout le monde rit. Je me mets à quatre pattes, comme tout le monde. A partir de là, je fais partie du groupe (jusque là, l'enseignante répétait régulièrement : *"c'est pas moi qu'il faut filmer!"*). Les fous rires du début sont calmés, ils reprennent sporadiquement. Les garçons se sont regroupés dans le fond.

Après les exercices d'échauffement, on enlève les bijoux, les montres. Les étudiants-redoublants sont répartis entre les tables.

Avant les exercices proprement dits, l'enseignante explique les différences entre les modes *passif*, *contrôlé* et *aidé*, pour tenir compte de la capacité de collaboration du patient : *"Passif : le patient ne fait rien, on ne peut en aucun cas lui demander de vous aider."*

On commence la première "manœuvre" : "Retournement dos-ventre, par roulement passif". L'enseignante lit le mode opératoire et effectue la démonstration :

- Comme soignant, on se met du côté à protéger
- Escamoter le bras éloigné
- Superposition des jambes
- Neutraliser le bras rapproché
- Cuiller baissée au niveau du genou
- Levier d'avant-bras sur cuisse éloignée
- Descendre le centre de gravité (banquette)
- Levier d'avant-bras sous aisselle éloignée
- Brasser
- S'aider des épaules (suivre le mouvement)
- Réinstaller correctement la personne

Après la démonstration, les groupes s'essaient. C'est l'enseignante qui donne les ordres. Puis on échange les rôles patient/soignant. C'est Aurélie qui verbalise, cette fois. L'enseignante la reprend, retraduisant son langage commun en termes techniques. Il y a autant de corrections du vocabulaire que des actes techniques. Les corrections apportées aux postures concernent essentiellement la protection du soignant.

L'enseignante procède à la démonstration en mode aidé : *"Madame, prenez la table derrière votre tête. Levez la tête, regardez votre ventre. Quand je dirai "hop!", vous allez regarder au-dessus de votre bras."* L'enseignante complète : *"Comme c'est en mode aidé, j'aurais pu demander à la patiente de glisser elle-même sa jambe valide sous la jambe moins valide"*. Démonstration avec une étudiante. L'enseignante place la paume de sa main sur la jambe valide : *"Madame, votre bonne jambe, glissez-la en dessous de l'autre."* L'étudiante s'exécute, mais en mobilisant la jambe non valide.

L'enseignante lève les yeux au ciel : *"Oui, mais ça, c'est pas la bonne jambe, hein!". Bon. Mes explications n'étaient pas claires pour Madame".* On rit. On recommence : *"Stimulez l'autonomie du patient, continuez à maintenir tout ce qu'elle est capable de faire".* L'enseignante recommence, avec les verbalisations à l'attention du patient. Chaque groupe s'entraîne, l'enseignante passe entre les tables. Personne ne dit rien au "patient", sauf le "hop!"; pour le reste, les "cobayes" adoptent d'office la bonne position.

On montre sur Christelle le "retournement ventre-dos par roulement passif".

- Escamoter le bras éloigné
- Passe-oreille
- Position du chagrin
- Neutraliser le bras rapproché sous le bassin en s'aidant d'une console de hanche
- Levier d'avant bras sous cuisse rapprochée
- Brasser la hanche rapprochée
- Prise en dragonne
- Mouvement d'archet
- Replacer le patient par une prise en manchon

Tous les groupes se replacent à droite du patient. L'enseignante commande la manœuvre : *"Position du ?" ... "chagrin!" "Une prise en ?" ... "dragonne".* Mélissa bloque au milieu du mouvement. *"Comment je fais ?".* L'enseignante ironise : *"Heureusement qu'elle n'est pas en orthopédie, ta patiente!".* Elle soupire : *"Pour récupérer, comme ça!".* L'enseignante réfléchit, replace en deux mouvements la "patiente" dans une position anatomique. On inverse à nouveau les rôles. Caroline se couche. Mélissa me lance : *"T'as vu comment elle se met ?".* Je lui réponds : *"Le patient se couche comme il veut!"* On reste à nouveau bloqué. Fou rire de Mélissa, qui se tortille dans toute la classe. L'enseignante réexplique : *"Il faut d'abord expliquer au patient ce que l'on veut. Faut pas avoir peur de parler au patient, hein! Madame, quand je dirai "hop!", vous viendrez chercher mes doigts. D'accord, Madame, vous avez compris ? Elle doit venir chercher mes doigts, c'est un peu comme la carotte avec l'âne. Elle ne doit pas attraper mes doigts, sinon je fais tout le travail. Elle doit se tourner elle-même".*

Autre figure : le redressement. Il suppose qu'en fin de mouvement, le soignant et le soigné se trouvent en contact debout face à face (comme des danseurs). Mais lors de la démonstration, Caroline se tient de biais, un peu décalée pour ne pas être poitrine contre poitrine avec l'enseignante. Idem dans les paires d'étudiants : la plupart "n'achèvent" pas leur mouvement. C'est un peu plus abouti chez les redoublants. . Véronique est en bermudas : lors du redressement, Virginie place sa main beaucoup trop haut sur sa cuisse sur le vêtement, au lieu de la placer au creux poplité sur la peau nue. De même, dans le redressement en mode aidé, l'enseignante invite Stéphanie : *"Madame, venez prendre ma hanche"* : Stéphanie garde sa main bien loin du corps de l'enseignante. En revanche, entre elles, les étudiantes s'empoignent réellement les unes-les autres. Mais à la fin du mouvement, Ingrid et Stéphanie parodient une embrassade fougueuse.

Dans la salle de classe dédiée à la manutention, il y a des tapis de gymnastique, des tables spéciales capitonnées, pas de bureau, pas de lits. Les étudiants sont en vêtements de sport, pas

en blouse de soin ou en pyjama. On commence les séances par un échauffement. Par l'ensemble de ces éléments, le cours est cadré comme un contexte dans lequel le corps peut légitimement être mis en jeu. L'enseignante participe au mouvement, et moi-même suis invitée à quitter ma position d'observateur. Les étudiants rechignent quelque fois à se mettre en route, en particulier pour les exercices d'échauffement, mais aucun ne se dérobe aux exercices de manutention proprement dite. Par contraste avec le malaise ressenti lors des mises en situation du cours de Santé Mentale, il nous semble important de pointer que dans l'école, la levée de l'effacement ritualisé du corps permettant de travailler sur/avec le corps n'est possible que via un cadrage très concret de la situation. Les moments, les lieux, les vêtements, le mobilier constituent autant d'éléments du rituel qui permettent de suspendre momentanément les tabous corporels. Si ces éléments ne sont pas réunis, la mise en situation est presque inévitablement vouée à l'échec.

Dans la situation présente, nous notons toutefois que les éléments de cadrage (tenue, mobilier) renvoient moins à une situation de soin qu'à une activité sportive. Par contagion, les activités de ce cours font penser à un entraînement (avec des figures qui rappellent les arts martiaux).

Toutefois, même dans ce cadre d'une activité cadrée comme "légitimement corporelle", les corps à corps restent régulés. Tous les contacts corporels ne se réalisent pas avec le même degré de facilité. Tout se passe comme si le toucher de corps à corps était possible pour autant :

- Que le patient/le corps soit immobile (*mode passif*). En *mode passif*, la communication verbale avec le patient peut être totalement supprimée, il n'y a pas de nécessité, pour l'aspect pratique de la manœuvre, d'adresser la parole au patient. Le patient est donc assimilable à un objet, et le toucher n'est pas problématique pour le soignant.
- Dans le cas où le corps est "dynamique", c'est-à-dire lorsque le patient collabore volontairement à la manœuvre ou que l'on requiert sa collaboration, il conserve le statut de sujet. Le contact n'est alors supportable que de façon régulée : sur les parties du corps couvertes par le vêtement ou sur les zones les moins chargées d'érotisme (les mains, les bras, mais pas les cuisses, les hanches)⁴². Les interactions en corps à corps sont également plus faciles entre pairs qu'entre les élèves et l'enseignante.

De manière générale, les étudiants ont donc tendance à réaffirmer le principe de l'effacement ritualisé du corps et développent des stratégies qui les défendent de la gêne du contact avec autrui.

L'enseignante insiste aussi beaucoup sur l'*autonomie* du patient. Ainsi que nous l'avons déjà évoqué, si l'on se réfère au contenu donné, "*autonomie*" est terme mal adapté, et "*indépendance*" serait certainement plus adéquat. Le *mode passif* est ainsi défini comme un mode où "*le patient ne fait rien*". Nous trouvons une nouvelle fois un glissement de sens entre la *dépendance* et l'*absence d'autonomie*. Parce que le patient n'a pas d'activité motrice importante, on le traite

⁴² Notons que le problème de la désexualisation des conduites dans les soins de corps à corps est parfois ambigu dans les séances de travaux pratiques. En effet, certains de ces jeunes, placés en groupes mixtes, peuvent effectivement trouver dans les séances de travaux pratiques des occasions de "parade sexuelle", de recherche d'un partenaire. Il n'est pas rare que des couples se forment parmi les étudiants de première année. Quel est alors le statut des corps à corps mixtes suscités par les séances de travaux pratiques ? Flirt et apprentissage technique ne sont pas toujours facilement dé mêlables.

comme s'il n'avait pas d'activité cognitive non plus : on ne lui dit pas ce qu'on va lui faire, ni ce qu'on attend de lui, on ne lui demande pas ce qu'il souhaite, si la position est confortable. En *mode passif*, les aspects relationnels de la manœuvre sont totalement supprimés. Au cours de la séance, le "patient" est pris en charge par le soignant sans échange verbal. Lorsque que l'on passe au *mode aidé*, tenant compte de la "*capacité d'autonomie du patient*", c'est encore le soignant qui décide, qui prend les initiatives, qui commande les manœuvres. Le rôle du patient est d'être docile aux gestes du soignant. Le vocabulaire utilisé est de "*bien donner ses ordres au patient*", pour qu'il comprenne bien et puisse bien coopérer.

Mais dans les exercices en *mode aidé* (qui aide qui ?), les étudiants dialoguent peu avec le "patient" et ont tendance à un repli sur le *mode passif*. L'enseignante insiste : "*C'est le mode aidé, ça, elle est capable de le faire elle-même*". L'échange coopératif avec le patient dans les soins ne va pas de soi pour les étudiants. L'enseignante doit sans cesse rappeler à l'ordre : "*c'est le mode aidé*". Tout se passe comme si les étudiants voulaient "en faire trop" pour le patient. Ils ne sont pas centrés sur lui, mais sur la technique : ils veulent le porter, le tourner, le redresser plutôt qu'accompagner son mouvement.

Cette typologie *passif/contrôlé/aidé* construit des catégories étanches entre des patients abstraits, sans variantes ou situations intermédiaires. Ainsi, le *mode aidé* correspond systématiquement à une hémiplegie totale. Il n'y a jamais de mise en situation basée sur un patient décrit et pris en charge avec toute la singularité de sa pathologie. Tous les modes opératoires sont exposés dans une tournure grammaticalement impersonnelle, tant pour le soignant que pour le patient (il n'est désigné comme tel qu'une seule fois), on ne désigne que des parties atomisées de son corps : le bras rapproché, la cuisse, etc. Lhez (1995) fait remarquer que ces formulations récentes sont différentes de ce que l'on pouvait lire dans les manuels des années 50'. Là où aujourd'hui, on parle de *mode aidé*, on lisait alors "*si le patient peut marcher*" (1995 : 156); en 1982, on lisait encore par exemple : "*le patient tient le soignant par les épaules en passant son bras droit sous le bras gauche du soignant*" (Lhez, 1995 : 156).

De manière générale, dans la manière dont le cours de manutention est enseigné, c'est la logique industrielle qui prévaut, avec une conception du patient très objectivée. La plupart des consignes ont tendance à décontextualiser les apprentissages (l'enseignante fait toujours enlever les lunettes à ceux qui jouent les patients ... comme elle fait enlever les bijoux à ceux qui jouent les soignants). Toutefois, dans les échanges de rôle patient/soignant, les étudiants peuvent expérimenter, au moins en partie, ce que ressent le patient : beaucoup sont d'ailleurs surpris par les sensations d'un redressement un peu rapide ou l'impression "*qu'on va tomber en arrière*", mais ces sensations exprimées par les étudiants ne sont pas exploitées pédagogiquement. L'attitude de l'enseignante est également intéressante dans les moments où elle se saisit des imprévus des situations. Ceci permet d'éviter de dériver totalement d'une logique de soins vers une logique scolaire, obligeant les apprentis-soignants à s'adapter à la diversité des patients :

"Levez les jambes à "hop!"... Plus haut, hein!" dit Olivier à son cobaye. *"Monsieur ne sait pas, il a de l'arthrose"* rétorque l'enseignante qui a le sens de la répartie. *"Il ne faut pas culpabiliser le patient s'il ne sait pas lever les jambes plus haut"*.

Le vocabulaire est très important dans le cours de manutention. Chaque manœuvre est décrite très précisément dans un protocole formalisé, avec une terminologie spécifique. Ce formalisme prend une dimension esthétique : les formulations sont métaphoriques et parfois poétiques (position du chagrin, prise en dragonne, mouvement d'archet, position du chevalier servant, etc.). Ce mouvement d'esthétisation de la technique, semblable celui que nous avons observé lors des

séances relatives à la toilette des patients, porte une forte charge expressive pour la profession. Il est étonnant de constater la difficulté des étudiants à maîtriser ce vocabulaire ressassé de séance en séance. Laura : *"Je ne connais pas bien les termes" "C'est une erreur". "Je croise les jambes", "C'est pas comme ça qu'on dit". "Superposition jambe rapprochée. Cuiller dorsale ...".* L'enseignante ironise : *"cuiller dorsale ? C'est nouveau, ça, ça doit être confortable ...".* On peut alors s'interroger sur les fonctions de la terminologie spécifique de la manutention. Cette terminologie s'est sans doute construite sur la base de métaphores censées constituer des moyens mnémotechniques pour les apprenants. Mais les métaphores utilisées ne semblent pas du tout évocatrices pour les apprenants. En définitive, la maîtrise de ce vocabulaire technique constitue un *contenu* d'apprentissage supplémentaire pour les étudiants, dont la maîtrise est évaluée pour elle-même, alors qu'il devrait constituer un *moyen* d'apprentissage de la technique.

4.3.5 L'école se met en scène : la séance de photos pour la brochure

Pour clôturer cette partie consacrée à l'analyse des cours enseignés en contexte scolaire, nous rapportons une courte anecdote, qui ne fait pas à proprement parler partie de l'enseignement, mais est particulièrement typique de la logique de la formation. Il s'agit d'une séance pendant laquelle les cours sont suspendus pour réaliser des photographies d'élèves qui serviront à la confection de documents de présentation de l'école.

Les enseignantes ont choisi avec le photographe les différentes scènes qui seront photographiées pour illustrer la première année. Tout le monde a mis sa tenue complète de stage, les enseignantes ont aussi leur blouse. Yves et Stéphanie s'installent debout côte à côte, et préparent au ralenti des injections : Yves chasse les bulles d'air pendant de longues secondes. Tout le monde est silencieux. Ensuite, pour la photo, Yves procède réellement à une injection de sérum physiologique dans le ventre de Cindy. Cela n'a jamais été fait au cours. On photographie ensuite la manœuvre de Hemlich. L'enseignante se fait un peu prier pour poser elle aussi sur le cliché. Puis on place trois étudiants par terre, pour une démonstration de la position latérale de sécurité. Les enseignantes réfléchissent encore ensuite à ce que l'on pourrait photographier. Un pansement ? Une réanimation ? On n'a pas le matériel. Je propose ironiquement *"un beau grand lavement"*. Une des enseignantes me répond gravement que *"des fesses dans la pub de l'école, il ne vaut mieux pas!"*. Je propose alors la pose d'une sonde nasale (vu la veille). C'est d'accord. On va chercher le matériel, les étudiants ne sont pas enthousiastes : *"Je ne comprends pas pourquoi vous avez si peur, on l'a fait deux fois au cours hier"*, s'étonne l'enseignante. Finalement, c'est Géraldine qui va la réaliser sur Véronique. On place en arrière plan des figurants qui observent. Géraldine commence, perd son repère, l'enseignante aide pour la fin du soin.

A priori, l'objectif de cette séance de photographie était de choisir ce qui était typique de la formation de première année. Finalement, ce que les enseignantes ont choisi n'est représentatif de la première année ni quantitativement (ce n'est pas ce que les étudiants font le plus), ni qualitativement (ce n'est pas comme cela qu'on leur a appris, ils ne peuvent pas être évalués sur ces actes en première année –à l'exception du secourisme). Les choix publicitaires tendent donc à la reproduction de la vision stéréotypée de la profession dans le grand public (l'infirmière est en blouse blanche, elle pique, place une sonde, sauve de l'étouffement, sauve du coma), et d'autre part manifestent le choix des enseignantes de mettre en avant une vision techniciste de la profession. Ces choix renvoient aux tensions et ambiguïtés plus générales des soins infirmiers. Les compétences infirmières spécifiques construites sur la base d'une qualité relationnelle des

soins, d'une prise en charge globale des patients dans le quotidien ont peu de visibilité en comparaison des actes associés à des appareillages en situations d'urgence. La logique qui prévaut dans les choix de photographie publicitaire de l'école peut se retrouver aussi à l'échelon des choix de carrière individuelle ou des orientations dans les stratégies de promotion de la profession.

Les choix réaffirment aussi l'effacement ritualisé du corps : il n'était pas question lors des cours de dévoiler n'importe quelle partie des corps, ce le sera encore moins pour la publicité de l'école.

4.4 La socialisation en contexte scolaire, les cours théoriques et les séances de travaux pratiques : synthèse

Quel bilan pouvons-nous retirer de l'analyse des cours ?

La formation en contexte scolaire traduit, entre autres, la vision culturelle du corps véhiculée dans notre société et la manière dont cette conception est reprise au travers du mouvement de professionnalisation des Soins infirmiers. Les corps des soignants et les corps des soignés produits par les cours, en termes de représentations mais aussi leur réalité concrète, sont le produit de la logique culturelle globale, de la logique collective infirmière et dans une certaine mesure de la logique scolaire.

Comment caractériser cette production ?

La plupart des cours théoriques des Soins infirmiers de première année s'organisent autour de la structure et du contenu du modèle de Virginia Henderson et du concept de diagnostic infirmier. Cette présentation du rôle infirmier en référence à un patient universel présenté comme un être de besoins dont les difficultés de santé peuvent être répertoriées selon une nomenclature systématique induit une représentation du patient et du corps ethnocentrique, éclatée plutôt que globale. Cela est particulièrement flagrant, par exemple, dans le cas du cours de soins aux personnes âgées. Les approches du modèle Henderson et des D.I. valorisent également la soumission du corps, et plus généralement du patient à la logique des soins, dans une logique ambiguë d'encouragement de l'indépendance mais de non autonomie du patient.

Le langage utilisé pour parler du corps joue un rôle important dans la formation : nous avons observé une inflation du lexique, avec des processus d'affinement de certaines catégories de perception, d'élargissement du spectre de désignation des perceptions, de substitution de termes professionnels à des termes profanes ainsi qu'une certaine requalification des connotations associées aux sensations. Ceci se fait en général avec peu d'association concrète aux sensations, dans un univers théorique, ce qui contribue également à accentuer la construction d'un corps atomisé, morcelé et abstrait.

La question des relations entre soignants et patients dans leur dimension *incarnée* est assez peu évoquée dans les cours théoriques. L'essentiel de ce qui en relève, est enseigné dans le cadre du modèle Henderson, à la rubrique "besoin de communiquer". La relation avec les patients est donc vue presque exclusivement sous l'angle de la communication, en particulier de la communication verbale, et de manière indépendante de la relation de soins. Dans cette optique, le point de vue des difficultés interactionnelles qui nous intéresse n'est jamais abordé. Il nous semble également que les compétences relationnelles sont conçues comme des qualités personnelles issues de l'expérience et du parcours privé plus que de la formation scolaire. Les contenus abordés sont généralement de type autocentré, c'est-à-dire destinés à soulager les difficultés du soignant plutôt que comme soin, centré sur le patient.

Nous retiendrons donc que les cours théoriques nous proposent essentiellement une construction du corps du patient. Les référentiels choisis (universalisants et atomisants) et le langage utilisé (plus technique et plus abstrait) pour en parler produisent un patient atomisé, abstrait et soumis. Les aspects communicationnels sont abordés, mais isolés des autres aspects du soin.

Deux exceptions à cette approche des questions relationnelles et corporelles : les cours de PGSI et de Santé mentale. Le cours de PGSI propose une réflexion plus approfondie sur le rôle infirmier appuyée sur un contenu élaboré, mais souffre de difficultés à s'ancrer dans l'expérience concrète des étudiants. Le cours de Santé mentale se propose d'ouvrir les étudiants à d'autres visions du corps et de la santé, mais ne parvient pas à vaincre les résistances des étudiants à remettre en questions leurs attitudes incorporées à l'égard du corps. Dans ce cas, il nous semble que les facteurs qui expliquent ces difficultés sont plutôt le caractère trop radicalement différent des modèles proposés et le cadrage du cours comme cours théorique et non comme environnement de formation qui autorise la mise en jeu des corps (à l'inverse d'une séance de travaux pratiques, par exemple).

Ces conclusions que nous tirons de l'analyse de l'enseignement théorique des Soins infirmiers peut selon nous être lu comme le résultat conjugué d'une part des difficultés (pas nécessairement conscientes) des enseignants à organiser et prendre en charge des dispositifs de formation dans lesquels le corps occupe une place plus concrète et d'autre part de la logique de professionnalisation qui tend à théoriser et formaliser les cursus de formation. Ce constat amène à poser des questions qui interrogent le champ de la pédagogie (comment former des enseignants à enseigner le corps, dans une culture où le corps est tabou ?) et le champ des Soins infirmiers (comment mener la dynamique de professionnalisation et transmettre les choix infirmiers dans des dispositifs de formation qui ne les dénaturent pas ?).

Dans les séances pratiques dispensées à l'école, s'ajoute une dimension instrumentale importante : nous avons observé les différents actes professionnels enseignés, décrit et analysé les différentes modalités d'apprentissage et leurs difficultés éventuelles. Le déroulement des séances de travaux pratiques exprime aussi d'un point de vue expressif la construction du corps du soignant et du corps du patient

Les activités les plus entraînées avant les stages sont les soins de base, réfection des lits et toilette du patient au lit.

Les premières séances sont consacrées à la réfection des lits. Cette activité est enseignée comme une tâche plus qu'un soin. Nous avons mis en évidence la construction d'une spécificité technique qui se justifie sans doute autant par des exigences symboliques qu'instrumentales : s'il n'est pas possible de déléguer la réfection des lits à d'autres catégories de personnel, l'activité est revalorisée par une insistance sur sa dimension technique. L'apprentissage s'effectue sur mannequin, ce qui empêche d'entraîner la dimension interactionnelle de l'activité. Avec cet apprentissage axé sur la dimension technique de la tâche doublé d'une telle conception du patient, on peut s'attendre à un transfert sans discernement des compétences entraînées en classe vers le patient en contexte hospitalier.

Dans les séances consacrées à la toilette complète au lit, les procédures prennent une place importante aussi. A cela s'ajoute un déplacement de l'attention de ce qui en quoi la toilette est un soin et les difficultés infirmières spécifiques à ce soin (en termes de prise en charge thérapeutique globale, en termes organisationnels et interactionnels) vers une attention quasi exclusive à la formalisation des gestes profanes (ordre des parties à laver). Cette dérive est accentuée par le fait que l'apprentissage se déroule sur mannequin. Au plan expressif, ceci produit une tendance à l'objectivation du patient et à l'uniformisation du soin (peu d'entraînement à la diversité des contextes cliniques, faible progressivité : "mannequin simple", puis avec un pansement et une perfusion, avec les soins annexes). La manière dont la sexualité est abordée tend implicitement à valoriser le principe du contrôle du corps et des émotions, de la

part du patient et surtout du soignant. La conception de la toilette induit également une définition du propre et du sale qui ne valorise pas le corps et son fonctionnement organique.

Ces deux soins de base ont donc des points communs au plan instrumental : insistance sur les procédures, rupture avec les savoir-faire profanes, entraînement mécanique sur la base de l'imitation avec recours à un patient simulé. Les aspects techniques sont très travaillés et il est fort peu question des aspects interactionnels. Ces choix d'apprentissage ont des conséquences en termes expressifs, tant du côté du patient que du soignant. Le corps du patient est construit comme objet soumis, avec une prise en charge uniformisée qui tient plus de la tâche que du soin.

Implicitement, cette logique de formation réaffirme le principe de l'effacement ritualisé du corps issu de la matrice culturelle globale et renforce la hiérarchie entre la dimension technique et la dimension relationnelle dans les soins de base caractéristique de choix professionnels collectifs des infirmiers.

Comment se déroulent les séances consacrées aux soins plus techniques ?

Rappelons tout d'abord que la chronologie des apprentissages (soins de base puis soins technique) tend à induire une certaine hiérarchie entre ces activités (hiérarchie de complexité qui se transforme en hiérarchie de prestige).

Avec les séances abordant le lavement, on touche en principe au plus intime du corps. Ce soin n'est abordé que théoriquement, les aspects pratiques sont largement éludés. Au plan instrumental, il est presque abusif de parler d'apprentissage, étant donné le peu d'opérationnalité de ce qui a été enseigné. Au plan expressif, cet enseignement elliptique du lavement réaffirme les difficultés de la formation de se désengluier des tabous corporels. L'enseignante utilise toutefois une stratégie intéressante de sensibilisation des étudiants aux difficultés du soin du point de vue du patient via l'appel à la projection des étudiants dans la situation du patient. Cette initiative est parfois difficile à mettre en oeuvre, les étudiants sont attentifs à bien marquer la frontière entre soignant et soigné (cf. prélèvements et analyses).

Les séances concernant la prise de la tension artérielle et des pulsations sont surtout l'occasion d'analyser les difficultés instrumentales dans l'acquisition d'un type de coordination sensori-motrice. Nous avons noté en particulier les difficultés à décomposer à l'intention des novices des activités qui ne sont efficaces que réalisées globalement (la progressivité n'est pas possible).

Avec la réfection des pansements, nous avons relevé le même type de difficultés lié à la tension entre globalité et séquentialité. S'y ajoute l'objectif d'apprentissage supplémentaire de travailler avec une médiation des gestes par les gants ou la pince ("No Touché").

L'apprentissage des injections, nous retrouvons au plan instrumental des difficultés combinées de motricité fine, de mémorisation de l'ordre des séquences de gestes nouveaux et de rapport modifié au toucher. Cela en fait une tâche complexe à maîtriser, au plan instrumental, mais cette difficulté est en partie levée par la forte motivation des étudiants à réaliser ce soin. Cette motivation est liée au fait que les injections sont un acte très symbolique du métier infirmier, porteur d'une forte charge expressive. Au plan expressif, cet apprentissage nous donne l'occasion d'observer une forme d'objectivation extrême du patient et un déni total des dimensions interactionnelles du soin, puisque les étudiants s'exercent sur un bassin réniforme cartonné.

Analysons de façon comparée l'enseignement des soins de base et soins techniques. La logique médicale sur laquelle se calque la professionnalisation infirmière valorise la technicité. Symboliquement, les actes à forte composante technique (matériel, appareillage, procédure, etc.) sont valorisés dans la profession infirmière et dans l'enseignement. Les soins techniques obtiennent assez facilement légitimité et prestige. En revanche, les soins de base contiennent a priori peu de technique matérielle visible. Ils sont peu valorisés et valorisent sur l'échelle du prestige. A l'instar de la démarche opérée au plan théorique par le modèle Henderson, nous observons pour les soins de base une stratégie de requalification des soins via une exagération de leur dimension technique. Les soins de base cherchent à trouver leur légitimité sur les mêmes critères que les soins techniques, oblitérant du même coup la diversité des fonctions qu'ils peuvent remplir dans l'optique d'un bien-être plus global du patient. Dans ces deux cas, les valeurs exprimées sont le primat de la technique par rapport à la centration sur le patient; la réduction du patient à un corps-objet, la réduction du soignant à un corps-outil.

"Pendant longtemps, la médecine est restée démunie devant la maladie et les réponses aux accidents étaient limitées. Les soins d'accompagnement de la vie courante étaient donc au centre des préoccupations des services. Aujourd'hui, les progrès considérables de la science ont entraîné une technicité de plus en plus importante et la prévalence des soins élaborés de réparation. Et bien que le décret de compétences infirmières du 15 mars 1993 reconnaisse aux soins une "nature technique" mais aussi "relationnelle et éducative", la hiérarchie des valeurs de notre société en général, et des soins en particulier, prône l'économie et la technicité. Autrement dit, la valeur professionnelle s'évaluerait à hauteur du degré de maîtrise des gestes techniques, les aspects relationnels entourant les situations de soins pouvant passer pour accessoires" (Abdelmalek et Gérard, 1994 : 167)" (Rajablat, 1999 : 65).

Les soins de base se transforment en soins techniques, perdant de vue leur objectif de prise en charge de la quotidienneté ordinaire du patient plutôt que la prise en charge de sa pathologie. Lawler dénonce cette dérive ambiguë au sein de la profession infirmière en général (Lawler, 2002, 38 citant Melia, 1979, 62) : *"L'expression "soins de base" est tombée dans le discrédit parce qu'elle peut sous-entendre une dévalorisation et un manque d'expertise. Avec l'augmentation des soins intensifs et des unités spécialisées, ces dernières années, l'expression "soins techniques" a gagné en importance et en prestige. Au sein de la profession infirmière, il y a eu une tendance à confondre le concept de hiérarchie d'expertise infirmière avec la notion de soins de base et de soins techniques".* Lawler poursuit : *"Mac Farlane (1976) soutient que la division des soins infirmiers en soins de base et en soins techniques laisse entendre que les seconds sont plus difficiles que les premiers. Ce que l'on dénomme "soins infirmiers de base" est réellement "de base", au sens où ce sont des soins fondamentaux quel que soit le patient. Les infirmières utilisent l'expression "soins de base" pour faire comprendre qu'il s'agit de soins essentiels relevant de principes fondamentaux - la base sur laquelle se greffe tout le reste. (...) Les infirmières ont une attitude paradoxale envers les soins infirmiers "de base" en conférant un statut inférieur aux personnes qui les donnent, tout en considérant en même temps ces soins comme foncièrement importants pour le bien-être et la guérison du malade" (Lawler, 2002 : 38-39).*

Une réflexion intéressante pourrait être menée en inversant la démarche. L'identité infirmière ne gagnerait-elle pas en développant son expertise au départ de l'excellence dans les soins de base (tant du point de vue technique que du point de vue relationnel), et en cherchant à étendre cette expertise spécifique vers les soins techniques. Les soins infirmiers plus techniques ne gagneraient-ils pas en qualité par la revalorisation de leur composante relationnelle ? A nouveau,

ceci nous renvoie aux choix collectifs complexes des infirmiers, notamment dans les critères de leur positionnement par rapport aux autres acteurs du champ médical et paramédical.

Les séances de travaux pratiques concernent également le cours de Secourisme et le cours de Manutention.

Le cours de Secourisme contraste avec la plupart des autres cours. Son mode d'enseignement est inductif plus que déductif. Les nombreuses "mises en situation" induisent une insécurité des étudiants qui reproduit l'état de stress et éveille la vigilance aux consignes. Au plan instrumental, les objectifs de formation nous semblent s'approcher du modèle de l'injonction. Pour aide à surmonter cet état de stress (quand les sensations sont pénibles et rend difficile l'action délibérée), on entraîne par la répétitions des enchaînements automatiques. Nous avons attiré l'attention sur le détachement dans la situation que peut induire l'injonction, et les effets potentiellement négatif sur la prise en compte du patient. Dans toutes ces mises en situation et simulations, nous avons vu également combien il est difficile pour les étudiants d'accepter de mobiliser pleinement leur corps dans les exercices, ils esquivent les contacts corporels, se dérobe de plusieurs manières. Ces difficultés mériteraient d'être davantage exploitées au cours et les enseignements de la réflexion élargis à l'ensemble des situations de soins.

Dans les séances du cours de Manutention, on observe que les étudiants acceptent relativement volontiers d'interagir physiquement, le cadrage spécifique du cours (local, tenue, etc.) y aide. Le cours est basé sur des procédures très formalisées dans lesquelles le patient est relativement abstrait. Nous relevons peu d'élément de contextualisation de manœuvres apprises, qui s'apparentent à des figures chorégraphiques.

Avec les cours de Secourisme et de Manutention, c'est aussi une vision plus désenchantée de la profession qui est présentée (la malveillance des tiers, les maladies professionnelles), plus professionnelle et moins angélique.

En définitive, du point de vue expressif, la plupart des dispositifs didactiques font s'exercer les étudiants sur des situations relativement appauvries ou des simulations ambiguës, en particulier au plan relationnel, par rapport aux contextes concrets de soins. Les étudiants ont appris un certain nombre de savoir-faire, mais ils ont aussi intériorisé un certain rapport au corps, le leur et celui d'autrui. Ce rapport au corps qui renforce le tabou du corps, qui le met à distance, l'abstrait et l'objective et lui impose le contrôle. Cela est lié au problème objectif de la formation dans le secteur de la santé (la sécurité qui empêche de concevoir facilement des situations didactiques authentiques), mais aussi à cette hiérarchie professionnelle entre technique et relationnelle et aux réticences à affronter en classe les difficultés générées par le principe de l'effacement ritualisé du corps (ce principe même empêche de parler des difficultés de l'effacement dans les soins).

Au plan instrumental, nous avons pointé à de nombreuses reprises l'insistance sur les routines, les procédures, le formalisme des activités. Ce formalisme nuit-il à la formation et, au-delà, aux soins ? S'il est délibérément conçu comme une étape de la formation correspondant aux capacités des *novices*, avec un projet construit d'autonomisation progressive des règles, cela n'est pas problématique. Si ces procédures strictes se doublent d'une tendance à hypertrophier la dimension instrumentale au détriment des aspects relationnels (tendance "naturelle", les aspects relationnels étant plus difficiles à codifier), cela nous semble plus préoccupant. S'il détourne des objectifs du soin, au point que l'objectif de l'activité devienne le respect de la procédure, cela est également problématique.

Ainsi, tout se passe comme si la quête de professionnalisation des soins infirmiers se poursuivait au sein des critères et des hiérarchies existantes dans le monde de la santé, et dans la société en général. Les infirmiers semblent rechercher leur autonomie et leur légitimité au sein des catégories existantes, en particulier celles imposées par le monde médical. Au travers de ce que nous observons dans les cours de la première année de formation, nous sommes loin de la dynamique de changement social imaginée par Dubar dans le cadre de la socialisation secondaire.

Nous allons voir à présent comment ces éléments de socialisation corporelle évoluent au travers des stages en milieu hospitalier et comment ceci renforce ou nuance les analyses que nous avons développées à propos de l'enseignement en contexte scolaire.

4.5 L'enseignement clinique : analyse des périodes de stage

En alternance avec les périodes de cours que nous venons de décrire, la formation en première année en soins infirmiers prévoit deux périodes de quatre semaines de stage en maisons de repos et en services hospitaliers ("enseignement clinique").

Les questions que nous nous sommes posées dans l'analyse des périodes d'enseignement valent également pour la période des stages⁴³;

Au plan instrumental, lors des stages les étudiants ont l'occasion d'exercer leurs savoir-faire, de développer leurs compétences et peut-être d'en initier de nouvelles. C'est pour nous l'occasion d'observer comment s'opèrent ces transferts, comment ce contexte différent de formation participe à leur progression qualitative vers des stades plus évolués de maîtrise (au sens de Dreyfus et Dreyfus).

Au plan expressif, les étudiants apportent à l'hôpital le corps et le rapport au corps intériorisés en classe. Comment se fait alors la rencontre avec le monde de l'hôpital, porteur de ses propres logiques ? Y a-t-il des continuités ou des ruptures entre les modèles proposés aux étudiants ?

Alors que la question interactionnelle pouvait être éludée en contexte scolaire, les étudiants sont ici confrontés à des patients de chair et d'os. Comment s'opère l'adaptation de leurs compétences et de leurs représentations au monde de l'hôpital ? Que devient le patient objectivé, atomisé et soumis auquel on les a préparés ?

Le contexte hospitalier est aussi le contexte de la vie active, avec des logiques de rentabilité, d'efficacité qui pénètrent peu l'école. Comment influencent-elles ici le parcours de formation des étudiants ?

Les étudiants rencontrent à l'hôpital des infirmiers qui portent la professionnalisation de leur métier. Leur regard sur la profession est-il similaire à celui qui est transmis en classe ? Modifie-t-il les représentations et les comportements des étudiants ? Comment ces professionnels conçoivent-ils également leur rôle dans la formation des jeunes soignants ?

Toutes ces questions et d'autres encore sont abordées dans les paragraphes qui suivent.

Avant de passer aux analyses proprement dites, nous proposons de nous arrêter quelques instants pour situer les stages, tant dans le contexte de formation (repères contextuels) que dans notre plan de recherche (repères méthodologiques).

4.5.1 Repères contextuels

La place de l'enseignement clinique dans la formation en soins infirmiers a connu d'importantes évolutions que nous retraçons brièvement ici. Jusqu'à la fin des années 50, *"l'apprentissage*

⁴³ Anticipant sur les conclusions de ce chapitre, notons que les différences qualitatives entre les deux périodes de stages se sont révélées trop peu différentes pour nécessiter un traitement séparé. Nous présentons donc les deux stages dans un même ensemble.

clinique totalisait plus de 5000 heures pour les trois années d'études. Il constituait la majeure partie du temps de formation. Ce "stage" se déroulait à 100% dans les institutions hospitalières fondatrices des écoles, où les stagiaires représentaient l'essentiel du personnel. (...) En 1957, une réforme classe ces études en "enseignement supérieur technique du premier degré" (devenu depuis l'enseignement supérieur paramédical), et les heures de stages sont réduites pour augmenter celles consacrées à l'enseignement théorique. (...) En 1988, le nombre de périodes de stage requises pour l'obtention du diplôme fixé à 2500 est réduit à 2200" (Dury, 2001 : 11). Ces périodes de stage sont alors uniformément réparties sur les trois années d'études. En 1993, un décret réforme les conditions d'obtention du titre d'infirmier gradué, et en révisé, entre autres, l'apprentissage clinique. La norme est désormais de 1560 périodes minimum réparties sur les trois années de formation comme suit : 25% du volume horaire en première année, 50% du volume horaire en deuxième année, 75% du volume horaire en troisième année.

Dans *l'autonomisation* de la formation du milieu de pratique professionnelle et la *redistribution* des temps de formation théorique et clinique, nous reconnaissons les caractéristiques typiques du mouvement de professionnalisation des soins infirmiers.

Le législateur, dans la réforme de 1993/1994, a également prévu une *progressivité quantitative* de l'enseignement clinique. La conception pédagogique implicite qui s'en dégage est la primauté de la formation théorique et pratique en contexte scolaire par rapport à la formation en contexte professionnel. L'apprenant profiterait mieux des stages s'il a d'abord acquis des connaissances à l'école : le lieu de stage est conçu davantage comme lieu d'application que comme lieu d'apprentissage.

Par ailleurs, cette redistribution des périodes de formation permet de diminuer le coût lié à l'encadrement des stagiaires, puisque les étudiants de première année sont les plus nombreux ; elle permet aussi aux hôpitaux d'accueillir de la "main d'œuvre stagiaire" mieux qualifiée, puisque à nombre d'étudiants égal, il y a plus d'élèves de troisième et moins d'élèves de première dans les services.

4.5.2 Repères méthodologiques

Concrètement, dans l'institut H.A.P.P.I., les stages en première année sont distribués en deux périodes de quatre semaines. Pour la classe que nous avons observée, la première période se déroule fin du premier trimestre, et la seconde fin du second trimestre : du 29 novembre au 24 décembre 1999, puis du 22 mars au 28 avril 2000. Les étudiants sont répartis dans différentes unités de soins de trois hôpitaux de la région. Des étudiants issus d'autres écoles d'infirmiers sont également présents dans ces unités de soins, avec lesquels ils sont donc très souvent amenés à collaborer. Nous avons plus spécifiquement observés les étudiants de l'institut H.A.P.P.I., mais il est important d'avoir à l'esprit qu'au sein des unités de soins, tous les stagiaires sont accueillis et traités de la même manière, quelle que soit leur institution d'origine, de sorte que nos observations ont une portée qui va au-delà du cas de l'institut H.A.P.P.I.

L'analyse des périodes de stage repose sur la combinaison de données issues de l'observation et de données issues d'interviews d'étudiants.

En ce qui concerne l'observation, nous avons accompagné quotidiennement des étudiants sur leur lieu de stage. La dispersion des étudiants entre une douzaine de services hospitaliers nous a contrainte à limiter notre observation à un petit échantillon raisonné au sein de la classe. Au

départ, nous avons retenu cinq étudiants volontaires, sur la base des différents profils de la classe. Ce nombre permettait d'accompagner chaque étudiant en stage au moins une journée entière par semaine. Dans la constitution de cet échantillon, nous avons choisi uniquement des étudiants de *première génération* et nous avons tenu compte du *sexe* des étudiants (cinq filles/un garçon), de leur *nationalité* (cinq étudiants belges/une étudiante française), de leurs *études* antérieures (humanités générales/humanités techniques, dans un secteur paramédical ou non). L'une des étudiantes a abandonné ses études à la suite de la première période de stage, nous l'avons "remplacée" pour la suite des observations par une autre étudiante volontaire.

Avec l'accord des étudiants, de la direction des hôpitaux et des unités de soins concernés, nous avons donc passé huit semaines dans les unités de soins accueillants les stagiaires. A la demande des hôpitaux, nous avons porté un uniforme blanc de soignant, avec une indication du statut de chercheur via un badge d'identification. Nous avons toujours proposé de participer aux soins non réservés avec les stagiaires (toilette, réfection des lits, distribution des repas, etc.), et cela a toujours été accepté. Cette immersion totale, à l'identique de l'immersion dans l'école, a grandement favorisé l'observation des interactions entre les personnes impliquées dans le stage. La participation aux activités des stagiaires a également permis de mieux comprendre les informations livrées lors des interviews (soit pour les contextualiser, soit pour les confirmer, soit pour les nuancer ou les infirmer par notre propre expérience des mêmes événements).

Ainsi, l'observation des comportements en stage se situe dans le prolongement du recueil de données entrepris en classe depuis le début de l'année, nous permettant de caractériser le contexte de formation dans lequel les différents acteurs baignent. En plus de l'observation participante, pour chacun des étudiants accompagnés (à l'exception de l'étudiante défaillante et de sa suppléante), nous avons procédé à quatre interviews à des moments précis du parcours de formation. Ces interviews des stagiaires viennent s'ajouter, pour plusieurs raisons :

- Les interviews nous donnent la possibilité de vérifier au niveau du *discours* l'effectivité des processus identifiés en classe (comme l'hypothèse de la hiérarchie des actes techniques ou l'hypothèse du transfert sans discernement).
- Il s'agit aussi de recueillir une information sur la manière dont les apprenants ressentent le contexte de formation : comment les étudiants s'approprient-ils *subjectivement* la formation ? Jusqu'alors, nous avons enregistré des données globales (niveau de la classe), et posé des hypothèses générales à propos de processus non différenciés. Même si tous les étudiants suivent les mêmes cours, nous considérons, dans une optique constructiviste, au moins à titre d'hypothèse, que la formation ne se réduit pas à une pure mise en forme déterministe d'individus passifs. Il nous semble important d'observer le travail d'intériorisation différencié produit par les étudiants⁴⁴.

La première interview a eu lieu au cours de la première semaine de stage, la deuxième interview se déroule à la fin de la première période de stage. La troisième interview a été réalisée au début de la deuxième période de stage, et la dernière interview s'est passée après la fin de la dernière période de stage (nous en parlerons plus loin).

⁴⁴ Ainsi, nous présenterons par la suite les traits communs observés pour la plupart des étudiants, mais nous indiquerons également les différents profils qui se dégagent de l'adaptation particulière de chacun aux dispositifs d'apprentissage.

Les interviews rapportent pour une part des informations relativement factuelles (quel est le premier soin effectué, etc.) et pour une autre part les émotions et représentations plus subjectives du stagiaire. Les interviews se voulaient à la fois directives (les étudiants sont amenés à s'exprimer sur les sujets précis) et inductives (la formulation des questions ne doit pas laisser paraître d'hypothèses : on demande des récits aux répondants plutôt que des opinions sur des propositions du chercheur).

Globalement, nous avons demandé aux étudiants, lors de chaque interview, de s'exprimer sur les thèmes suivants :

- Le récit et les impressions du premier jour, du tout premier soin effectué
- Les activités les plus appréciées
- Les activités les moins appréciées
- Les moments liés à un fort sentiment d'apprentissage
- Le lien perçu entre le contexte scolaire et le contexte hospitalier
- Le contact avec les patients
- Les anecdotes les plus marquantes du stage

Trois thématiques supplémentaires sont abordées lors de la quatrième interview. Au travers de ces questions, les étudiants sont amenés à développer davantage un point de vue récapitulatif, subjectif et critique sur leur formation.

- Un regard critique sur l'ensemble de la formation
- Une évaluation des transformations personnelles éventuelles
- Une réflexion sur les qualités d'un "bon infirmier"

• Organisation du contenu de l'analyse

Dans la suite du texte, les conclusions de l'analyse des différentes données s'organisent en plusieurs parties.

Nous présenterons tout d'abord notre réflexion sur une dimension fondamentalement expressive de la présence infirmière à l'hôpital : l'importance de l'uniforme de travail (4.5.3). Nous verrons son rôle dans la régulation des interactions entre soignants et soignés et dans la construction de l'identité professionnelle.

Vient ensuite une partie plus directement consacrée à l'analyse du stage comme dispositif de développement de compétences (4.5.4).

Une troisième partie s'attache à décrire et analyser la dimension interactionnelle des stages : comment se déroulent les soins avec les patients (4.5.5) ?

Nous terminerons l'analyse des stages par un commentaire sur les différents profils d'étudiants observés. Cela nous permettra d'affiner et de nuancer les traits généraux mis en évidence pour l'ensemble des étudiants et de dégager plusieurs parcours de formation (4.5.6).

4.5.3 Les "uniformes" et la complémentarité des rôles patients-infirmiers

L'entrée dans le monde de l'hôpital fait endosser aux étudiants l'uniforme de la profession. Au propre comme au figuré, c'est l'occasion pour les stagiaires de participer à la "mise en forme" et à la "mise en scène" du corps du soignant. Le port du vêtement de travail et plus généralement le contrôle de la tenue jouent un rôle dans la socialisation corporelle de l'infirmier et dans les situations de soins.

Un aspect frappant du monde de l'hôpital est l'uniformisation vestimentaire, tant pour les soignants que pour les patients. Dans l'hôpital ne se côtoient pratiquement que des personnes en pyjama et des personnes en tablier.

On ne peut raisonnablement interpréter cette importance des uniformes à la seule lumière des exigences fonctionnelles : on comprend que le patient souhaite porter des vêtements confortables, mais pourquoi un pyjama vingt-quatre heures sur vingt-quatre ? On comprend la nécessité pour les soignants de porter un survêtement exclusivement dédié à l'activité professionnelle, mais pourquoi doit-il être blanc ? Pourquoi les soignants doivent-ils tous porter le même ?

A l'évidence, la portée expressive du port de "*/l'uniforme*" dépasse de beaucoup sa portée fonctionnelle. Nous nous proposons d'explorer les différentes facettes signifiantes du port de "*/l'uniforme*", avec une attention particulière à leur impact sur la socialisation chez les *novices*.

A. La tenue uniformisée à l'hôpital

L'évolution et le rôle de la tenue de travail infirmière n'est pas notre propos central, d'autres que nous se sont attachés à les analyser en profondeur (notamment Lhez, 1995). Toutefois, il nous semble important de mettre en évidence certains aspects observés à l'hôpital chez les professionnels, afin de donner des repères à la compréhension de la socialisation par la tenue des *novices*.

Le tablier de l'infirmier(e) est un attribut qui installe la personne dans le rôle particulier de soignant plus visiblement et plus sûrement que n'importe quel autre. Nous avons ressenti très fortement cet impact du port du tablier lors de nos observations à l'hôpital : arrivant "en civil" à l'hôpital, je suis un visiteur, et mes allées et venues sont suspectes. Dès que j'ai enfilé le tablier, je suis ipso facto reconnue comme une infirmière : des "collègues" me saluent dans les ascenseurs, les patients me demandent des renseignements, je peux entrer dans la chambre de n'importe quel patient et lui demander légitimement à peu près n'importe quoi. La soumission des patients au tablier blanc est particulièrement stupéfiante : aucun patient ne m'a jamais demandé qui j'étais, ce que je faisais là, ou demandé que je sorte de sa chambre. Dans l'enceinte de l'hôpital, le port du tablier blanc est le support d'une certaine puissance du soignant par rapport au soigné.

Cette transformation corporelle de la personne en soignant, opérée par le port du tablier et l'abandon des effets personnels, se réalise toutefois dans une logique d'uniformisation et d'anonymisation du soignant. L'uniforme infirmier manifeste l'emprise institutionnelle sur la personne, ou pour le dire autrement, la dilution de l'infirmier dans un corps collectif.

Pour appuyer cette affirmation, il nous faut faire un détour historique. L'uniforme infirmier contemporain hérite de la double empreinte de la domesticité et de l'engagement religieux : *"Le vêtement de l'infirmière trouve son origine dans celui de la religieuse qui à la fin du siècle dernier, assure les soins "nobles" auprès du malade, à l'intérieur des hôpitaux"* (Lhez, 1995 : 173). La préoccupation des soins est alors avant tout *morale*, les soins au corps sont tabous, et le rapport au corps distant. *"Au personnel laïc, représenté pour la plupart d'hommes et de femmes illettrés, vulgaires et grossiers, sont dévolus les soins au corps. Les vêtements sont sales, tant sont sales les personnes qui les portent"* (Lhez, 1995 : 173). Jusqu'à la fin du 19^e siècle, le personnel laïc de l'hôpital est donc assimilé à la domesticité. Le bonnet blanc est l'apanage des femmes domestiques, le tablier a le signe du travail manuel, il a pour fonction de protéger de la salissure (Lhez, 20-21).

Puis les hôpitaux deviennent progressivement des lieux thérapeutiques. Le corps médical souhaite toujours s'adjoindre du personnel docile et moral, qui désormais devra aussi être compétent et soigner des corps. *"La profession infirmière va naître de cette confusion. La femme soignante est identifiée à la religieuse, dont elle garde les stigmates vestimentaires, mais on lui attribue des tâches jusque là exécutées par les servants et servantes, telles que les soins d'hygiène corporelle du malade"* (Lhez, 1995 : 41). *"Son vêtement est symbolique et reste porteur de valeurs maternantes, synonyme, dans notre civilisation judéo-chrétienne de soumission et d'abnégation de soi. Il garantit l'ordre moral"* (Lhez, 1995 : 173-175). Paradoxalement aussi, avec le développement des actes techniques de soin, des stratégies de distanciation du corps sont plus que jamais nécessaires. Au plan des tenues de travail, un discours hygiéno-ergonomique viendra relayer le discours moral, le blanc remplacera les couleurs foncées. Avec l'arrivée de la tunique-pantalon, unisexe, c'est la fin d'un métier fondé sur des valeurs (la mère, la religieuse), pour un métier "à la tâche", avec un vêtement plus fonctionnel (le professionnel). *"Sa tenue vestimentaire doit devenir synonyme de tenue posturale : la tenue qui protège des affections et déformations physiques est aussi celle qui protège de désordres plus étendus"* (Vigarelo, 1978 : 228). Au-delà de son évolution, le vêtement infirmier continue simultanément à remplir une fonction de soumission aux institutions médico-hospitalières et une fonction de distanciation des corps.

Retenons aussi les ambivalences symboliques du tablier : il pose le soignant en position de domination par rapport au patient, mais en position de soumission par rapport à son groupe d'appartenance; il rend possible les soins au corps du patient en instaurant un rapport distant à celui-ci.

Du côté du patient, c'est le pyjama qui installe la personne dans le rôle qu'elle aura à tenir à l'hôpital. Le pyjama est aussi uniformisant, au sens où il occulte partiellement des éléments habituels de différenciation individuelle. La personne devient "un patient". Allongée dans un lit, pas coiffée, pas "parée", dépourvue de ses objets et accessoires familiers, la personne perd une partie des référents extériorisés de son métier, de son statut social, de son âge, même parfois. Le service fonctionne alors de manière indifférenciée à l'égard des patients qu'il a d'abord uniformisés.

Le fonctionnement de l'hôpital est en grande partie à l'initiative de ces processus. C'est l'hôpital qui impose l'abandon des bijoux et effets personnels, les soins d'hygiène à l'admission, qui fournit les blouses hospitalières, etc. Toutefois, il est tout aussi important de noter que le soigné est souvent lui-même complice de ce processus d'uniformisation ou à tout le moins actif dans l'appropriation de ce rôle de patient. Souvent, dans les premières minutes qui suivent son admission, alors qu'aucun examen ou traitement n'est encore commencé, le soigné quitte de lui-

même ses habits de ville et enfila son pyjama. Tout se passe comme si, à partir de ce moment, il attendait d'être pris en charge par l'institution. Il n'est pas rare d'observer des phénomènes de régression des patients, entretenus par l'institution : on lui indique quand il doit se laver, que manger, quand dormir, le patient perd une partie de sa capacité d'autonomie, il attend. La passivité semble être la règle générale, et l'initiative l'exception (elle n'est d'ailleurs pas toujours bien vue). Les comportements vestimentaires sont un des facettes concrètes de la logique du modèle Henderson dans la manière de concevoir le patient et sa prise en charge.

Avec leur premier stage, les novices entrent de plain-pied dans un univers uniformisé. Le corps du soigné avait déjà été largement dépersonnalisé par les pratiques d'apprentissage sur mannequin, morcelé par le choix du modèle de référence de Virginia Henderson, entre autres, le voilà à présent uniformisé par les mœurs de l'hôpital. Le "patient" se trouve donc présenté à la novice au centre d'un faisceau qui converge à le construire moins comme sujet que comme objet de soins.

D'autres éléments du "décor" de l'hôpital concourent à cette uniformisation des patients (standardisation du mobilier et de l'organisation des chambres, uniformisation des rythmes journaliers, ...) dans un contexte général d'organisation taylorienne, mais le pyjama-uniforme a ceci de particulier qu'il répond, en miroir à l'uniforme du soignant.

Uniforme du soignant et uniforme du soigné se répondent et concourent complémentirement à construire le cadre de leurs interactions. Cette complémentarité est repérable à différents niveaux.

Tout d'abord, les travaux de Goffman sur le fonctionnement des institutions totales inspirent l'idée que le port de deux uniformes distincts permet la coexistence des patients et des soignants dans un même espace fermé sans confusion possible entre ces catégories. L'uniforme construit une limite claire entre un "nous" et un "eux" aux propriétés distinctes. De ce point de vue, on pourrait interpréter le tablier comme protection symbolique du soignant en commerce permanent avec les malades et autres contaminés. Pas de confusion possible, donc pas de contamination possible.

Ensuite, nous avons abordé cet aspect avec la tenue du soignant, les uniformes respectifs désambigüisent les situations d'interaction. Ils permettent d'étiqueter clairement les corps à corps comme situations de soin, et non comme situation d'agression ou à caractère sexuel, par exemple. *"Le vêtement de l'infirmière lui donne 'le droit de soigner', il confère un certain pouvoir : toucher l'autre, voir sa nudité, imposer. Il peut démystifier le corps nu, le déssexualiser, le 'désérotiser', pour le transformer en objet de soin. Le vêtement rassure, donne confiance."* (Lhez, 1995 : 161-162). Ce cadrage est souvent la condition sine qua non de certains soins qui supposent la levée de l'effacement ritualisé du corps (nudité, toucher, etc.). *"Le vêtement est castrateur. Il déssexualise, et, par conséquent, il rassure"* (Lhez, 1995 : 47).

Enfin, l'anonymisation des interactants produite par l'uniforme tend à générer un mode de relation plus impersonnel, fondé sur des rôles socialement définis. *"Il est certain qu'à l'hôpital, il ne s'agit pas d'exposer un beau corps, mais un corps institutionnalisé, un corps exclu du champ de la mode, mais inscrit dans celui de 'la bureaucratie ou il faut que les agents soient par définition interchangeables'"* (Bourdieu, 1984 : 203). En rendant les soignants et soignés anonymes et interchangeables, l'uniforme protège aussi de l'engagement personnel dans l'interaction. Le port du tablier (et du pyjama) constitue un élément fort de la protection du patient et du soignant contre les risques subjectifs de "dérapiage" des interactions. *"L'hôpital*

est un espace où étudiantes et infirmières n'aiment pas circuler en tenue de ville. Combien de malades peuvent prétendre avoir aperçu "leur" infirmière en tenue personnelle ? Pierre, 48 ans, professeur de philosophie, déplore, à sa sortie d'une longue hospitalisation, qu'on ne voit pas assez l'infirmière en tenue de ville, partir et revenir au travail. Cela nous montrerait qu'elle est une femme comme les autres. L'habillement semble revêtir sur la scène hospitalière quelque chose de cette fonction primitive du masque. Il révèle et dérobe en même temps un ailleurs, suscite l'interrogation, affirme une toute-puissance. Dans l'environnement, le vêtement protège autant qu'il instaure une distance. (...) La tenue protège, sécurise, en même temps qu'elle sensibilise. Elle est refuge et renvoie à un rôle, à une manière d'être, de se tenir ou de s'exprimer. Le vêtement permet chaque fois une nouvelle rencontre" (Lhez, 1995 : 161-162).

Notre interprétation serait caricaturale si nous ne notions pas qu'à l'hôpital, patients et soignants résistent plus ou moins à la pression institutionnelle à l'uniformisation et reconstruisent au quotidien des différenciations. Les patients tentent souvent de personnaliser leur tenue, choisissent avec soin le pyjama ou la chemise de nuit qui correspond à leur humeur du jour, insistent pour être coiffés, rasés ou maquillés, négocient le port de certains bijoux ou accessoires, aménagent la chambre par l'apport de bibelots divers, etc. De son côté, le soignant aussi mène une lutte quotidienne d'affirmation de son individualité. Peneff (1992 : 38-41) a écrit plusieurs pages intéressantes sur la reconstruction et l'affirmation des goûts, statut et positions des soignants au travers de la manière de porter l'uniforme.

Pour notre part, nous avons pu aussi constater qu'il est rare d'observer, à l'hôpital, un infirmier ou une infirmière dont la tenue correspond rigoureusement à ce que prévoit le règlement. Dans certains services, on porte volontiers un gilet par-dessus le tablier; ailleurs, des infirmières exhibent des orteils aux ongles laqués dans des sandales ouvertes; ailleurs encore, on n'est pas strict sur les cheveux attachés; la plupart des infirmières portent leur montre au poignet, et bien d'autres bijoux que l'unique alliance théoriquement tolérée. Ces aménagements de la règle ne sont pas des laisser-aller progressifs : dès le premier jour de leur stage, les novices observés arborent une tenue qui déroge peu ou beaucoup, selon les cas, aux prescriptions. La déviance à la norme naît donc dans le même mouvement que la norme, dans une appropriation négociée des contraintes. A moins que ces entorses au règlement ne constituent finalement que des concessions très marginales au principe général, permettant à la soumission de ne pas apparaître comme insupportable, et de se reproduire fondamentalement sans remise en question.

B La tenue uniformisée dans la formation

De quelle manière l'incorporation de la tenue travail est-elle prise en charge par la formation ? Comment les novices se l'approprient-ils ?

De toutes les sections de la haute École qui imposent des stages à leurs étudiants, la section paramédicale est la seule à prévoir explicitement dans le règlement des études des paragraphes relatifs à *"la tenue correcte en stage et entretien des vêtements de travail"*, à la *"tenue aux cours d'exercices didactiques de soins infirmiers"*. Une page entière du règlement des études est consacrée à la tenue que l'étudiant doit porter en stage (pp. 29-30).

"Les vêtements de travail requis pour les stages se composent de :

- a) *Quatre tuniques et quatre pantalons blancs pour tous les étudiants, ces vêtements porteront l'intitulé de l'école et seront identifiés au nom de l'étudiant en mentionnant sur la poche de poitrine les nom et prénom en lettres d'au moins 1cm de haut.*
- b) *Une paire de chaussures réservées aux stages, non fournies par l'intermédiaire de l'école et présentant les caractéristiques suivantes :*
- *en cuir souple,*
 - *lavables,*
 - *de couleur blanche,*
 - *de forme classique,*
 - *silencieuses,*
 - *confortables, soutenant bien le pied,*
 - *talon large limité à une hauteur de 3 à 4 cm,*
 - *semelle épaisse, antidérapante.*

Les vêtements de travail doivent être portés en stage et ne peuvent l'être qu'en stage.

La tenue en stage doit répondre aux critères suivants :

- *Les vêtements doivent être propres.*
- *Il est interdit de porter un pull ou sous pull sur/ou dépassant le vêtement de travail.*
- *Le port des bijoux est interdit.*
- *La chevelure doit être soignée, courte ou relevée et attachée.*
- *Le maquillage doit être discret ; les ongles courts et non vernis.*

L'entretien des vêtements de travail est assuré par les étudiants et doit respecter les étapes qui suivent :

- *Dans l'institution du stage :*

Le vêtement souillé est entreposé dans un emballage plastique fermé.

- *Pour le transport :*

La technique du double emballage est appliquée (l'emballage fermé contenant le vêtement souillé est déposé dans un deuxième)

- *Au domicile :*

Le linge est lavé seul ; il est déposé dans la machine à laver sans être manipulé.

Après un prélavage ordinaire, le(s) vêtement(s) est (sont) lavé(s) dans une eau à 85° additionnée du savon de lessive habituel. Pour prévenir le jaunissement, 150cc d'eau oxygénée à 30 volume % doivent être ajoutés à l'eau de rinçage.

Tous les étudiants doivent avoir :

- *une montre avec aiguille trotteuse ;*
- *une paire de ciseaux, avec nominette au nom de l'étudiant ;*
- *un coupe-ongles identifié ;*
- *un cadenas (pour l'armoire qui leur sera réservée au vestiaire des lieux de stages) ;*
- *un bic à plusieurs couleurs identifié au nom de l'étudiant.*

Tenue aux cours d'exercices didactiques de soins infirmiers. La tenue requise nécessite deux tuniques blanches à manches courtes. Ces vêtements doivent être en coton ou en polyester + coton (le nylon est exclu) et identifiés au nom de l'étudiant. Leur entretien est assuré par les étudiants. »

On est frappé par le souci du détail dans les procédures énoncées, souci qui n'est pas sans rappeler le fonctionnement disciplinaire décrit par Foucault dans *"Surveiller et punir"*. La tenue des élèves est littéralement quadrillée par le règlement, de la coupe de cheveux à la hauteur des talons.

On peut aisément reconnaître que la plupart des recommandations de tenue consignées dans le règlement correspondent à des exigences fonctionnelles. La plupart sont relatives soit au confort et à la sécurité du patient (chaussures silencieuses, interdiction du port des bijoux, ongles courts, cheveux attachés, etc.), soit au confort et à la sécurité de l'élève (chaussures en cuir souple, semelles antidérapantes, etc.), soit au confort et à la sécurité des tiers (double emballage des vêtements souillés, etc.).

Mais se glissent également dans ce règlement des éléments plus inattendus, qui opèrent un glissement du registre fonctionnel vers le registre moral de la tenue : comment comprendre autrement la justification instrumentale d'exiger des chaussures *"de forme classique"*, une *"chevelure soignée"* ou un *"maquillage discret"*? Au-delà des impératifs fonctionnels, le règlement de la tenue fait également apparaître une perspective plus globale sur la personne de l'infirmier, de l'infirmière. Sa tenue ne doit pas uniquement refléter la compétence professionnelle, mais également un certain nombre de dispositions morales : l'infirmière est neutre et discrète, y compris dans l'affirmation de sa féminité : son rôle est d'autant mieux rempli qu'il sera passé inaperçu.

Lesueur pointe une tendance analogue déjà présente dans les ouvrages de nursing français des années 60' : *"Le rigorisme ambiant enferme l'infirmière dans un nouveau carcan, on règle les plus infimes détails de son comportement, on la conditionne à servir, sans initiative ni fantaisie : "votre blouse et votre coiffe seront impeccablement repassées. Soyez convenablement chaussée : des souliers au talon peu élevé qui ne fasse pas de bruit et maintiennent bien le pied vous rendront la démarche plus légère et ménageront vos voûtes plantaires. Vous vous épargnerez ainsi d'avoir les jambes et les pieds douloureux, influant défavorablement sur l'humeur et la qualité du travail. (...) les bijoux, les coiffures excentriques ou incommodes seraient déplacées dans un lieu où l'on souffre, et à plus forte raison, devant la mort. Ne vous servez de fards qu'avec modération et seulement pour améliorer la fraîcheur de votre aspect : le malade aime trouver en son infirmière une image de santé et de vitalité. Par contre, c'est une aimable preuve de vaillance que d'effacer, par un peu de rouge, les traces de fatigue d'une nuit sans sommeil ou d'une journée de surmenage"* (S. Peset, *"Déontologie professionnelle et psychologie du malade"*, Paris, 1966, cité par Lesueur, 1997 : 44-46).

D'autres éléments du règlement encore peuvent se comprendre dans une logique d'incorporation symbolique de la profession (chaussures blanches, identification via les nominettes, etc.). Les élèves sont appelés à se laisser identifier comme membres du collectif infirmier (porter du blanc, par exemple), mais aussi à titre individuel (la nominette aux lettres de 1cm de haut, etc.). Dans une certaine mesure, on retrouve également ici la logique de la soumission.

Dans tous les cas, tout se passe comme si les personnalités des élèves devaient se dissoudre dans le port de l'uniforme. Pour le règlement, le rôle infirmier est plus important que les infirmiers. Ainsi, le *"port incorrect des vêtements de travail"* est assimilé à une faute professionnelle grave, ce qui indique combien l'intériorisation du rôle infirmier repose de manière non négligeable sur l'uniformisation des corps.

Au cours d'une interview exploratoire, une infirmière nouvellement diplômée nous dira : *" Quand on est infirmière, on enfle son tablier et on laisse sa personnalité au vestiaire".*

En conclusion, il apparaît que l'école, comme institution, exprime au travers de son règlement une volonté d'uniformisation, c'est à dire de mise en conformité de la présentation de soi, via le quadrillage des corps. L'uniformisation tend à faire disparaître la singularité individuelle au profit de la conformité à un rôle, validée par des attributs corporels standardisés. L'idéal prescrit est un corps soumis, dépossédé de ses caractères originaux et partiellement déséxué.

Ces principes sont formellement énoncés dans les textes. Ils ne trouvent pas nécessairement une traduction littérale dans le quotidien des élèves et des enseignants. Ce projet sur le corps des élèves, pour s'actualiser, doit s'incarner tant bien que mal. Comment s'effectue cette transposition négociée dans l'épaisseur des interactions ?

Nous avons été étonnée par le peu d'empressement des élèves à porter leur uniforme en classe, alors que cela leur est demandé dès le début de l'année. Le dialogue suivant, entre une enseignante et des élèves, témoigne de ces difficultés : *"N'oubliez pas que vous devez mettre vos blouses de stage pour les travaux pratiques". "Oui, mais à quoi ça sert ?" "Ça fait sérieux", "Oui, mais je suis sûr qu'on peut être sérieux sans ça", "Oui, mais on dit avoir l'air sérieux, et puis Madame M. [la directrice] y tient beaucoup".*

Dans l'école, le port du tablier ne correspond à aucune nécessité pratique, d'hygiène ou de sécurité. Elèves et enseignants en sont conscients. L'enseignante se voit donc obligée de légitimer sa demande par des arguments relevant d'une logique expressive (*"avoir l'air sérieux"*). Cet argument n'est pas convaincant. Reste alors le recours à une sorte de loyauté, ici en l'occurrence envers l'autorité hiérarchique personnalisée par la directrice (et non via la référence à un règlement formel). Le port de la tenue est alors présenté comme un indicateur de bonne volonté par rapport à une institution qui rechigne à se montrer autoritaire. La contrainte se veut intériorisée. On peut alors comprendre la résistance des *novices*. De leur point de vue, le port du tablier n'a d'intérêt que dans les lieux où se côtoient soignants et non-soignants, c'est-à-dire dans des contextes où le tablier peut sortir ses effets valorisants d'intégration à la profession et de supériorité par rapport aux non-soignants. Ainsi, aucun stagiaire ne met en cause le port de l'uniforme à l'hôpital. En revanche, en classe, pour les *novices*, le port du tablier ne produit pas d'autre signification que la soumission au règlement d'ordre intérieur. Les étudiants n'en perçoivent ni la nécessité, ni le bénéfice.

Pourtant, même s'il est mal justifié ou injustifiable de manière transparente, il nous semble qu'effectivement, le port du tablier peut constituer un ingrédient indispensable des conditions d'apprentissage en soins infirmiers. A l'instar de l'interprétation que nous avons fait du port du tablier à l'hôpital, nous considérons qu'en classe, le tablier est aussi un élément de cadrage essentiel (avec le choix du local, la présence d'un certain mobilier, de tapis, etc.) pour les cours pratiques qui supposent des mises en jeu du corps (cf. analyse des cours de Manutention et de Santé Mentale). Il indique qu'à ce moment, les situations d'interaction sont assimilées à des situations de soins et doivent être interprétées comme telles. Comme à l'hôpital, le tablier porté à l'école donne le signal qu'une levée partielle des tabous liés au corps, voire un autre rapport au corps, devient possible ici et maintenant.

L'école prend aussi en charge la question de la tenue des étudiants en stage. Nous avons déjà largement commenté les caractéristiques de la tenue de stage telle que présentée dans le règlement. Rappelons simplement que, dans le règlement de l'école, le port d'une tenue

vestimentaire inadéquate en stage est assimilé à une faute professionnelle. Ce qui indique bien l'importance de la problématique de la tenue dans la socialisation des novices. Le cours sur le *"besoin de se vêtir"* fournit une occasion de discuter de la tenue des stagiaires à l'hôpital : certaines infirmières musulmanes portent un foulard. Hugues demande alors : *"Pourquoi, nous, on ne peut pas avoir plein de piercings, par exemple, alors ?"* On évoque le cas de patients qui ont refusé de se faire soigner par des infirmières qui ont un foulard. La classe discute. L'enseignante interrompt la discussion : *"Ce n'est pas le débat maintenant, c'est détaillé dans le règlement des études, et de toute façon, il faut voir ce qui est le mieux pour le patient."* On sent ici l'enseignante en difficulté de ne pouvoir justifier la rigueur de la tenue par des principes d'ergonomie, d'hygiène hospitalière, obligée de recourir à une légitimation autoritaire par le règlement.

En règle générale, la justification première est d'ordre hygiéniste, bien sûr, (*"Les vêtements de travail doivent être portés en stage, et rien qu'en stage. Pas comme les médecins qui vont chercher leur dago en blouse blanche, comme s'ils n'avaient pas eu de cours d'hygiène hospitalière..."*), puis vient l'argument du respect du patient (ne pas le choquer par des tenues excentriques, des piercings ou des décolletés provocants, *"qui mettent tout le monde mal à l'aise"*). *"Soyez raisonnables, pensez au respect du patient. C'est quand même souvent des personnes âgées"*, éviter les ongles longs, qui peuvent griffer).

Il nous faut insister sur le fait que l'uniforme porté par les élèves en stage *n'est pas* celui d'infirmier, c'est celui de l'école, avec sa coupe et sa finition particulières (en l'occurrence, un col vert tendre). De ce fait, et contrairement aux hypothèses que l'on aurait pu formuler a priori, à l'hôpital, l'uniforme imposé au novice ne peut pas fonctionner totalement comme facteur d'intégration dans la profession. Le tablier du stagiaire, parce qu'il est différent de celui des infirmiers du service, stigmatise sa situation d'apprenant⁴⁵. Le tablier de stagiaire marque la distance avec les professionnels, il sépare, mais aussi sécurise et protège. Il indique le statut d'apprenant, excuse les maladresses et les lacunes : *"Je ne sais pas, je suis stagiaire, je vais demander"*. Il favorise également le regroupement des stagiaires entre eux, dans une logique solidaire.

⁴⁵ Paradoxalement, dans mes différents tabliers, prêtés par les hôpitaux, je ressemble plus à une infirmière que les jeunes stagiaires.

4.5.4 Les stages comme dispositifs de développement de compétences

La formation en Soins infirmiers est une formation en alternance entre école et lieu professionnel. L'organisation de stages obligatoires dans un cursus de formation suppose une attention à la contextualisation des apprentissages, sous une forme ou sous une autre. En théorie, cette alternance instituée constitue un cadre privilégié de formation visant à développer des *compétences* (Romainville, 2000), une compétence (un savoir, un savoir-faire, mais aussi un savoir-quoi-faire) ne pouvant se développer qu'en contexte (Bédard, 2003). L'arrêté définissant la validité de l'enseignement clinique (10.08.95) précise d'ailleurs que *"en choisissant le service de stage, l'établissement d'enseignement veillera à ce que les étudiant(e)s soient confrontés à un éventail de situations sanitaires et/ou pathologiques et d'aspects médico-psycho-sociaux ainsi qu'à une diversité de soins infirmiers-obstétricaux correspondant aux différents stades de la formation. Pendant les stages, les étudiant(e)s doivent avoir la possibilité d'exécuter les tâches en rapport avec leur niveau de compétence et être à même d'en procéder à une évaluation méthodique. Les expériences de formation acquises par les étudiant(e)s doivent faire l'objet de discussions avec les enseignant(e)s-infirmier(e)s /accoucheuses ainsi qu'avec l'infirmier(e) ou l'accoucheuse responsable du service chaque fois que cela s'avère possible"*.

Nous retrouvons dans le prescrit légal les dimensions du modèle de développement de compétences de Dreyfus et Dreyfus : la progression qualitative de l'apprenant s'appuie sur la confrontation *accompagnée* à une *variété* de situations de *complexité croissante*.

En ce qui concerne plus précisément l'Institut H.A.P.P.I, les objectifs d'apprentissage du stage nous sont communiqués au travers de la fiche d'évaluation des étudiants. On y relève les dimensions suivantes (qui sont appelées "tâches") : *Identifier les soins nécessaires à la personne prise en charge; démontrer son aptitude à exécuter les soins requis en fonction de ses compétences techniques et sous la responsabilité d'un infirmier; rapporter de façon précise toutes les informations utiles; développer une attitude professionnelle.*

Les stages sont donc a priori des dispositifs professionnalisants offrant aux étudiants des occasions de développer leurs compétences en continuité des apprentissages amorcés en contexte scolaire, en particulier sur les dimensions exprimées sur la fiche d'évaluation.

Toutefois, comme le rappelle Dury, l'alternance entre école et lieu professionnel est une condition peut-être nécessaire, mais en tout cas jamais suffisante en elle-même d'une pédagogie constructiviste, il ne suffit pas de placer les étudiants en contact avec le contexte professionnel après les avoir formés en classe pour créer les conditions d'un développement de compétences : *Goudeaux (1998) en évoquant l'alternance dans l'apprentissage des soins infirmiers pose cependant la question suivante : l'alternance n'évoque-t-elle pas l'existence de deux lieux distincts fréquentés alternativement, et qui rempliraient chacun une mission particulière ? Le voyage entre les deux n'est-il constitué que de déplacements géographiques, ou bien plutôt de rencontres, d'agréations invisibles, à l'intérieur de chaque être en situation d'apprentissage ?*" (Dury, 2001 : 31).

L'arrivée des étudiants sur le lieu de stage est l'occasion d'observer dans quelle mesure le changement de contexte, avec le passage de situations *in vitro* vers des situations *in vivo* permet réellement aux stagiaires des modifications qualitatives de leur mode de fonctionnement, évoluant d'un mode *novice* vers un mode *débutant*, voire d'autres modes d'activité hiérarchiquement plus élevés, en particulier du point de vue de leur socialisation corporelle.

A. Les stagiaires sont des novices

A leur arrivée dans les unités de soins, les stagiaires n'ont encore jamais eu l'occasion d'exercer aucun soin sur un patient. Ils vont réaliser en stage leurs premières activités professionnelles. Dans la terminologie de Dreyfus & Dreyfus, ce sont des *novices*.

Rappelons brièvement les caractéristiques du stade *novice*, au travers du récit qu'Elise nous fait de la première toilette réalisée en stage, avec l'aide de sa monitrice ("Madame B.").

- *Elle sait quand même ... il faut la stimuler, quoi, elle sait quand même se laver les bras, en dessous des bras, un peu le ventre, mais bon, le dos, les jambes, et la partie intime, c'est moi qui ai fait, ça. Ça a été, je n'ai pas eu trop de problèmes pour la laver. (...) Ça s'est bien passé, après la toilette, celle de troisième année a fait le pansement de la personne, j'ai observé, on a essayé de la lever, parce que ça faisait un bout de temps qu'elle était au lit, ça a été. (...) Puis, ensuite, quand on a eu fini tout, on a laissé la patiente, on a suivi madame B., les troisièmes et moi, on est venues ici, et on a fait quoi ? On a parlé de ce qu'on avait observé durant les toilettes, ce que j'avais vu, c'était pas ... J'ai pas été terrible sur ce coup là! C'était clair, ouh là! Parce que quand on fait une toilette, il faut faire attention, il faut faire les 14 besoins, observer tout, et bon, moi, j'avoue que j'étais obnubilée par ma toilette seulement, et je n'ai pas observé. Parce que, elle avait des taches, bon, c'est vrai que les ai vues, mais bon, j'ai pas fait plus attention que ça ... Enfin, bon.*
- *Parce que tu pensais que c'était pas important, ou tu avais autre chose en tête à ce moment-là, ou ?*
- *Oui, voilà, parce que, c'est le cas encore maintenant : on est obnubilé par pas leur faire mal, de bien faire nos gestes, notre toilette, comme on a appris, et on oublie d'observer des choses, comme sur la peau s'il y a des taches, des éruptions, s'il y a des douleurs, enfin, bon, des trucs comme ça. Moi, j'ai pas pensé à lui poser la question, donc, après, elle m'a posé la question, madame B., voilà, donc là, ça s'est pas très bien passé, enfin, pas très bien passé, je savais pas très bien répondre, donc, je me sentais pas très bien par rapport à ça, et puis ...*
- *Tu veux dire que tu es revenue le deuxième jour moins enthousiaste que le premier jour ?*
- *Oui, voilà. Je veux dire, hier après midi, je n'étais pas contente de moi, quoi. Même si j'avais fait ma toilette complète, que ça n'avait pas posé trop de problèmes, je n'étais pas contente de moi.*
- *Mais parce que madame B. t'avait fait des remarques, ou bien, indépendamment de ça ? Si madame B. n'était pas venue, tu aurais fait la même chose, tu te serais dit : "Tiens, je me suis bien débrouillée", ou bien, tu aurais eu ce même sentiment ?*
- *Ben, si elle n'était pas venue, je pense que j'aurais dit : "C'est bien". Mais en fait, elle m'a fait des remarques, et je me suis rendue compte que c'est vrai, j'avais oublié des choses, quoi. Je me suis dit : "Mince!" Enfin bon, donc aujourd'hui, je me suis dit : "Je fais gaffe à tout ce que je fais". Je posais des tas de questions à la petite vieille, enfin, la petite dame. Et en fait, elle m'en n'a pas posé plus que ça, des questions, après, madame B., sur les 14 besoins. Pourtant j'avais tout : "Est-ce que vous allez bien à selles, est-ce que vous mangez bien ?" Et puis non, elle n'a rien posé. Enfin, aujourd'hui, ça a été. J'ai eu deux toilettes aujourd'hui, donc, les deux personnes que j'ai fait les deux premiers jours.*

Plusieurs caractéristiques du statut de *novice* apparaissent chez Elise : Elise semble peu sensible à une visualisation globale du soin, avec différents objectifs à intégrer simultanément. Ce qui lui importe, c'est de réaliser séquentiellement les différentes phases de la toilette, selon le modèle appris à l'école. Suite au rappel de la monitrice, elle tâchera, dans un second temps, d'intégrer

un second objectif de collecte de données à la toilette. Dans cette même optique, le sens qu'Elise donne à ces objectifs est directement dicté par les exigences de la monitrice, et non par la situation du patient. Lorsque la monitrice ne l'interroge pas, Elise semble déçue, comme si elle avait agi "pour rien". Il n'y a donc pas d'implication dans la toilette réalisée par Elise. De même, le regard d'Elise sur la qualité du soin est dans un premier temps dépendant de la conformité aux procédures apprises, et dans un second temps dépendant de l'évaluation par la monitrice. Dans ces deux cas, les critères d'évaluation sont externes à la situation contextualisée et/ou externes au soignant-novice concerné.

Elise a expliqué combien il lui était difficile de tenir compte des recommandations de l'enseignante ou d'intégrer plusieurs objectifs simultanés. Laura fait part des mêmes difficultés :

- *Ils ont deux trois perfs qui les suivent pour nous, quand c'est des gros, enfin, moi, j'ai des cas comme ça qui sont assez gros, je ne pense qu'à ce qu'il y a là, et je ne penserai pas à la personne, je ne parlerais pas avec elle, je ferai juste les actes techniques, bien placer le redon, bien placer les perfs je ne ferai pas attention à la personne, aussi, quand je fais des pansements, je ne regarde pas du tout la personne, je ne pense pas à la personne.*
- Tu fais plus quoi ?
- *Discuter avec elle, à la limite, on parle d'autre chose, par exemple si je place la perf, je place la perf, je peux tourner tout en faisant autre chose, mais ça je ne fais pas.*
- Tu te concentres sur le soin ?
- *Je me dis que c'est le début aussi, il faut que je me concentre sur le soin, parce que si je ne me concentre pas, faire une connerie, moi, je ne me sens pas encore capable et de communiquer avec la personne, et faire vraiment le soin.*

Laura estime ne pas être capable de gérer simultanément différentes facettes de la situation. Elle donne priorité à ce qui lui semble hiérarchiquement plus important dans le soin, en l'occurrence la dimension instrumentale par rapport à la dimension relationnelle.

Le récit de Géraldine nous fournit une autre illustration typique du statut de novice des stagiaires :

- Il y a quand même des choses que tu as vues à l'école qui te servent ici ?
- *Oui, moi, il y a beaucoup de choses qui me servent, par exemple, quand on va faire les pansements, les lits, les toilettes, ça me sert énormément, parce que, si on arrivait comme ça, et qu'on me dit "va faire une toilette", et que t'as pas vu de technique!*
- Alors, tu utilises ... ?
- *Ah oui, ça oui, je change mon eau, mes gants de toilettes et tout, je fais ça dans les règles, quoi. Heureusement qu'on a ça, parce que si on disait : "ben tiens, fais une toilette, prends un bassin, prends deux essuies", et que t'as jamais fait de toilette de ta vie, ben, tu serais un peu gourde, entre guillemets!*

L'activité de Géraldine essentiellement orientée par les procédures abstraites enseignées en classe, et peu de référence au contexte particulier. Géraldine parle de *son* eau, de *ses* gants de toilette, etc. Implicitement, le soin est centré sur elle et non sur le patient.

Un des monitrices nous parle aussi de la difficulté, pour les étudiants qui débutent, à distinguer comment l'importance des différents besoins du modèle Henderson doit être réévaluée selon les services (en gériatrie, par exemple, les priorités et les signaux d'alerte sont différents de ceux

auxquels on sera attentifs en orthopédie). Cette difficulté à hiérarchiser les données à prendre en compte est également typique du stade de novice. La monitrice pointe l'impossibilité de progresser en ce domaine par la transmission scolaire : *"C'est pas facile, parce que ce n'est écrit nulle part, il faut qu'elles le sentent au fur et à mesure"*.

Au démarrage des stages, toutes les activités sont abordées par les stagiaires en mode *novice*. Toutefois, à la différence d'Elise et de Géraldine (et des autres stagiaires en général), Laura et Jessica semblent adopter quelquefois, dès le premier stage, des comportements qui s'adaptent aux particularités de la situation.

- *Ben, les toilettes qu'on voit au cours, si on devait vraiment faire cette toilette là, on en a pour une bonne heure. Parce que la personne ... là, on fait les toilettes complètes à chaque fois alors la personne demande de mettre un peu de parfum, évidemment, elles sont plus exigeantes, quand c'est des plus jeunes, c'est plus exigeant, c'est normal. Mais bon au lieu de faire un bras, rincer puis faire l'autre bras, moi, je fais tout le torse, je fais le dos et puis je fais comme ça, quoi. J'adapte un peu. Sinon, les pulsations, ben y a pas de secret, c'est comme à l'école.*

Jessica et Laura expliquent aussi qu'elles anticipent les tâches à réaliser et les organisent d'elles-mêmes.

- *L : Et puis, ... non, jeudi et vendredi, ça a vraiment été la journée horrible. On courait, c'était vraiment la course, la course, la course. Et alors, après-midi, on s'est dit : "comme on a couru ce matin, on va courir après-midi". Donc, à une heure et demie, on est arrivées pour faire les paramètres, à deux heures on avait fini les paramètres, parce qu'on se divisait vraiment le travail : "Toi, tu fais ce couloir-là, moi je fais celui-là". A deux heures, on avait fini les paramètres, on avait rangé le couloir, à deux heures et demie c'était fini (...).*
- *J : Après on a fait notre TAPPSI.*

Cette activité, davantage proche d'un mode *débutant*, plus fréquente ou plus rapide chez certains stagiaires plutôt que d'autres peut sans doute s'expliquer par la possibilité de mobiliser une expérience antérieure (Laura et Jessica ont toutes deux déjà effectué des stages en maison de repos dans le courant de leurs études secondaires). Ces quelques activités mieux contrôlées de Jessica et Laura doivent être considérées comme des exceptions plutôt que la règle dans le comportement des stagiaires de première année en début de stage.

B. De novice à débutant

Dans notre analyse des activités de stage, nous voulons observer en quoi l'enseignement clinique s'inscrit dans une logique de formation, quelles connaissances et compétences corporelles sont apprises et comment le stage favorise le passage des étudiants du stade de *novices* vers le stade de *débutants*.

Rappelons que ce qui différencie essentiellement le *novice* du *débutant*, c'est que ce dernier peut se baser sur un début de stock d'activités professionnelles lui permettant d'intégrer à son action non seulement des principes théoriques et abstraits, mais également des données issues de son expérience. Le passage d'une activité uniquement guidée par les règles à une activité

guidée par les règles et les éléments contextuels est un premier progrès qualitatif important du point de vue de la réalisation du soin.

Dans ce passage de *novice* à *débutant*, le rôle des stages ou d'autres formes d'immersion professionnelle est une aubaine puisque c'est une occasion pour les étudiants de commencer à engranger un stock de situations cliniques réelles qui constitueront des ressources pour leur activité future. *"Performance improves to a marginally acceptable level only after the novice has considerable experience in coping with real situations. While that encourages the learner to consider more context-free facts and to use more sophisticated rules, it also teaches him a more important lesson involving an enlarged conception of the world of the skill"* (Dreyfus & Dreyfus, 1980 : 22).

L'accompagnement de ce passage est à la fois important et délicat, au plan de la didactique : *"The beginning student wants to do a good job, but lacking any coherent sense of the overall task he judges his performance mainly by how well he follows learned rules. After he acquires more than just a few rules, the exercise of his skill requires so much concentration that his capacity to talk or listen to advice is severely limited. Like the training wheels on a child's first bicycle, these first rules allow the accumulation of experience, but soon they must be put aside to proceed"* (Dreyfus & Dreyfus, 1988 : 22).

Si l'on s'inspire du modèle Dreyfus & Dreyfus de progression de *novice* à *expert*, et plus généralement si l'on souhaite fonder l'apprentissage sur le développement de compétences, il est donc important de concevoir des stratégies pédagogiques qui aident le *novice* à progresser, c'est à dire, entre autres, (1) à s'attacher davantage à l'objectif du soin qu'au procédures, (2) à relativiser et hiérarchiser les caractéristiques à prendre en considération en fonction du contexte particulier, etc. Nous avons vu que deux éléments essentiels de la progression qualitative de l'apprenant sont l'accompagnement par un tuteur ou des pairs de stades plus avancés, et la confrontation à de nombreuses situations variées et progressivement plus complexes.

Intuitivement, Nicolas exprime comment la combinaison de ces deux éléments permet le développement de la compétence :

- *Piquer, je ne saurais pas encore le faire tout seul. Il faut quelqu'un qui soit avec moi, pour être vraiment sûr de ne pas faire de bêtise. Les toilettes, on nous laisse tout seuls, mais bien souvent, je vais demander conseil aux infirmières pour savoir si je peux lever le monsieur, et elles savent le dire. C'est marrant, moi, je saurais jamais le dire, si ce monsieur-là peut se lever. Donc, ça s'apprend dans la pratique, il faut vraiment voir plusieurs fois le même cas pour se dire..."*

D'autres auteurs se sont aussi penchés sur la question des dispositifs favorisant le développement de compétences. Ainsi, Bédard précise que le développement de compétences demande de veiller particulièrement à aider l'apprenant à verbaliser sa perception de la situation et à lui faire comparer différentes situations rencontrées, observer les différences, construire des régularités, se construire un schéma de référence (Bédard, 2003). Ceci demande donc également une planification de la diversité et de la progressivité des situations cliniques rencontrées par le *novice*.

Par ailleurs, dans leurs nombreux travaux, analyses et recommandations, Paquay et Beckers (2002) identifient au moins huit dimensions dans les dispositifs de formation qui favorisent le

développement des compétences et de l'identité professionnelles (1. mettre l'apprenant dans des contextes d'action signifiants, 2. faire réaliser des activités et faire interagir, 3. faire exploiter des ressources variées et faire intégrer des acquis divers, 4. faire réfléchir sur et dans l'action, 5 faire conceptualiser , préparer le transfert, 6. susciter l'autoévaluation, organiser l'évaluation formative et certificative, 7. favoriser l'identification professionnelle, 8. maximiser les chances d'engagement, de motivation dans la démarche). Lemenu (2000) a également développé un important travail de réflexion sur les facteurs favorisant le développement de compétences dans le cadre particulier de l'enseignement clinique en Soins infirmiers.

On doit également à Lanriec une réflexion qui, bien que plus inspirée de la psychologie, propose une approche similaire des facteurs favorisant, en stage, le développement de compétences professionnelles : *"Veillant à rendre sa guidance efficace, l'enseignante en infirmerie utilisera une procédure formative inductive. En effet, si la procédure formatrice veut préparer l'infirmière en formation à vivre, en tant qu'infirmière, la réalité des situations de soins, la réalité externe et son impact sur l'infirmière, la procédure formatrice ne peut que partir de cette réalité, l'analyser et lui donner sens. Et c'est en cela que nous la disons inductive. Mais il est évident que la procédure inductive ne partira pas de n'importe quelle situation. Et que la situation, recueillie dans la réalité, se situera à un temps précis du processus formateur. Que visera alors le guidage ? Il aura pour objectif d'aider l'infirmière en formation, non pas à s'identifier à l'infirmière de la situation, mais à identifier ce qui, en elle, lui permettrait ou lui interdirait d'être présente, vivante, paisible dans cette situation"* (Lanriec, 1992 : 135).

La réflexion de Lanriec est particulièrement intéressante, car elle met en évidence la particularité du développement de compétences en Soins infirmiers : à côté de la dimension instrumentale qui paraît évidente, l'apprentissage en stage doit également tenir compte des difficultés interactionnelles des soins : *"Car (...), si le guidage de la future infirmière par l'enseignante en infirmerie s'effectue à partir de la réalité, cela ne signifie pas que l'élève infirmière doit être exposée brutalement au maximum de souffrance humaine. (...) Comment imaginer en effet que des femmes, des hommes, jeunes soient indemnes d'un premier contact (et de beaucoup d'autres) avec les odeurs, les couleurs, les sensations tactiles, les sons, les corps, les cris et les silences, les injures, les appels et les regards des femmes et des hommes de tous âges, cassés, souffrants, mourants ? Alors, s'ils ne sont pas pervers, ce choc initial -qui n'a rien d'initiatique- les sidérera ou les déstabilisera (car ils ne pourront intégrer ces images), à moins que ce choc ne les fasse fuir. Ils seront alors informables pour longtemps. (...) Dès lors, de quelles procédures pédagogiques se servira cette guidance pour atteindre son but : être non violente. Elle se servira de la progression et de l'anticipation"* (Lanriec, 1992 : 136).

Dans les pages qui suivent, nous nous centrons essentiellement sur les deux dimensions mises plus particulièrement en évidence par Dreyfus et Dreyfus, et sur l'importance desquelles la plupart des auteurs s'accordent : l'accompagnement des stagiaires et la progressivité (tant technique que relationnelle) des situations rencontrées. Nous nous demanderons donc d'abord comment et par qui les étudiants sont pris en charge par les services, ensuite, nous analyserons la nature des activités réalisées par les étudiants, et leur contribution à la progression dans le développement de compétences.

C. Accueil et prise en charge dans les unités de soin : indifférence et abandon

A la différence des stages organisés dans d'autres formations, il n'y a pas, en Soins infirmiers, de stage préliminaire *d'observation* dans une unité de soins, pas de temps de découverte, d'apprentissage prudent et protégé du milieu hospitalier. Il n'y a pas non plus de "maître de stage" identifié précisément comme tel pour chaque étudiant dans l'unité de soins. C'est l'infirmier(e) chef d'unité qui est globalement et formellement responsable des stagiaires accueillis dans son service. Mais la prise en charge concrète et quotidienne de l'étudiant n'est du ressort de personne en particulier, et relève donc des aléas de la bonne volonté et de la disponibilité du personnel, aides-soignants autant qu'infirmiers. L'accueil des stagiaires est donc fort variable selon les circonstances⁴⁶.

Transversalement à toutes les interviews, il apparaît que les étudiants se sentent en général fort peu accueillis dans les unités de soins. Dans le meilleur des cas, l'accueil consiste en la visite et la présentation du service, puis les étudiants sont souvent livrés à eux-mêmes.

Le récit de Nicolas est emblématique :

- (...) Donc au matin du jour, je suis arrivé qu'il était six heures dix-sept, alors qu'on devait être ici pour sept heures. Dix-sept, ça je m'en souviendrai. Je vais à l'accueil. Là je demande : "Je suis stagiaire, là je commence mes stages", "Ah, moi je n'sais rien, allez vous déshabiller dans le vestiaire homme", déjà, "C'est où ça ?". Il m'explique un bazar en souterrain, j'ai rien compris. Je me suis mis dans une ...
- Toilette ?
- Non, même pas, dans une pièce, c'était "rééducation cardio-respiratoire". Y avait personne là-dedans. J'ai allumé, je me suis changé, puis je suis parti. Et depuis, je vais tout le temps dans cette salle-là, parce que je trouve qu'on est bien, il fait chaud, c'est bien, c'est gai, et y a jamais personne. (...) Enfin on est arrivés ici au septième. Bon, là, évidemment, y avait la veilleuse de nuit, parce que les infirmières ne sont pas encore là. Euh puis la bonne femme nous a demandé déjà de faire des trucs, débarrasser des seringues et tout ça. On avait déjà fait le truc à moitié, parce qu'on n'a jamais appris ça, hein. Enfin, ça va, elle ne rouspétait pas trop. Elle a dit : "Vous êtes en quelle année ?" "Première" "Ah ben, ça va alors". Et alors les infirmières sont arrivées, ils ont commencé à faire l'analyse du matin, donc, avec tout ce qui s'était passé, et voilà. Puis alors on distribue les tâches, et j'ai été affecté, pour ma première toilette à un monsieur, je me souviens bien, il était là, qui avait eu un accident de voiture. Il avait eu trois côtes cassées, une rate perforée, et on m'a dit : "Ben fais déjà le haut, et j'arriverai pour le bas". Donc j'étais déjà tout seul, la première fois, avec un patient, ça fait drôle quand même, et qui avait mal une fois qu'on le bougeait. Enfin, ça a été.

L'accueil de Nicolas dans l'unité de soin ne semble pas être une priorité, et s'improvise largement. On ne sait pas qui il est, il n'y a pas de préparation des tâches à lui confier. Puis commence le premier soin, une toilette, sans la supervision d'un soignant : Nicolas est envoyé seul auprès d'un patient pour y effectuer un soin.

Laura, Jessica, Elise témoignent de la même expérience : en règle générale, la prise en charge des stagiaires ne semblent guère planifiée. On leur confie la réalisation de soins sans accompagnement particulier, seuls ou avec des pairs. Les étudiants-stagiaires sont immédiatement intégrés aux services comme main d'œuvre opérationnelle et non comme apprentis en formation, ou sont livrés à eux-mêmes.

⁴⁶ Notons que de plus, quantitativement, le Décret de 1995 prévoit qu'il peut y avoir jusqu'à trois fois plus de stagiaires que d'infirmiers dans chaque unité de soins.

Cette absence d'accueil et cette instrumentalisation immédiate sont particulièrement décourageantes pour les stagiaires :

- *(Nicolas) Elle nous a expliqué un peu pour les couloirs et tout, en fait. Parce qu'en fait, on te dit : "Va chercher les draps et tout", on sait plus ou moins où aller voir, mais on va pas assez vite, mais c'est logique, parce qu'on ne sait pas où sont les draps, enfin, on s'y connaît pas encore très bien, on nous demande d'aller chercher tous des tas de bazars, on ne sait pas où c'est, bon. C'est la première semaine, aussi, ils ont l'impression qu'il y a déjà 2 semaines qu'on est là. C'est un peu stressant quand même.*
- *C'est décourageant ?*
- *C'est très décourageant.*

Une des conséquences importantes est la démotivation des étudiants à reprendre le second stage quelques mois plus tard. Jessica nous explique :

- *Ça, je n'avais vraiment pas envie de retourner en stage. Bien, si j'avais envie, mais, je ne sais pas, j'étais un peu découragée.*
- *Parce que ?*
- *Je ne sais pas ! J'étais peut-être fatiguée, ou heu,... Je ne sais pas (...) Je ne sais pas pourquoi, en fait j'ai pris le bus avec les autres. Personne, entre nous n'avait envie de retourner en stage. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être parce que ça faisait longtemps ou, heu, parce que ça demande un peu plus de boulot ou parce qu'il faut se lever plus tôt. Je ne sais pas, il y avait un peu de découragement.*

Les stagiaires s'intègrent donc comme ils le peuvent aux unités de soins et commencent à réaliser des soins.

La première caractéristique à relever à l'abandon des stagiaires pour les premières activités réalisées. Ceci vaut autant pour le premier que pour le second stage des étudiants.

Elise commence son premier stage par la prise de paramètres, en accompagnement d'autres élèves de première année, sans supervision (*"Un infirmier (...) m'a dit d'aller rejoindre les deux jeunes filles qui sont aussi en première année comme moi, qui étaient aussi en train de faire les paramètres"*). Ce n'est que plus tard dans la journée que Elise sera explicitement prise en charge comme stagiaire, par la monitrice de stage.

Le premier soin le plus fréquemment accompli par les stagiaires de première année est la toilette d'un patient (c'est le cas pour quatre des six étudiants de l'échantillon). Le premier soin que Géraldine a réalisé, le premier jour, est donc une toilette. Elle l'a effectuée avec l'aide d'une autre stagiaire, *de première année également*. Pour Nicolas, le premier soin effectué, seul, est aussi la toilette d'un patient.

- *Donc, tu as commencé. Tu te souviens comment tu t'y es pris, ce que tu as dit, ...*
- *Oui, ça, je m'en souviens! (...) Et ben donc, je suis arrivé, j'ai dit : "ben voilà, je suis élève en première, je viens vous laver". "C'est votre première toilette ?", qu'il dit. Ben j'dis "Oui". "Allez, courage".*
- *Courage pour qui ?*
- *Pour moi et pour lui, à mon avis. Et puis alors moi, ce que j'avais fait, c'est que, il faut déshabiller le patient, et j'avais pris les couvertures. Je les avais mises jusqu'au fond des*

pieds, sans les retirer. Et ... non, j'ai même pas déshabillé, j'ai laissé le pantalon, j'ai retiré le dessus. Enfin, j'ai essayé tant bien que mal de retirer, en tirant fort. Le monsieur, il avait mal partout, mais ce n'est pas grave, c'était un courageux (rires). Puis alors, j'ai rempli la bassine, j'ai commencé à laver la tête, les bras, le ventre, puis j'ai séché.

- *C'était quelqu'un qui n'était pas du tout autonome ?*
- *Non. Il savait pas se bouger, quoi. Il aurait bien fait, mais il ne voulait pas se bouger, enfin, il ne savait pas. Alors, j'ai fait les jambes et les parties intimes, et alors j'ai été appeler une infirmière. Enfin, elle est venue juste au moment où je devais le tourner. Alors, ça a été tout un épisode pour le retourner! On y est quand même arrivés. Je me suis vite dépêché : "Dépêche-toi". Puis voilà. Qu'est-ce qui a bien pu me passer par la tête à ce moment-là ? J'essayais de faire le mieux que je pouvais, et puis quand c'était fini, l'infirmière m'a demandé de faire une évaluation. Elle a dit : "ça va, pour une première fois, c'est pas mal". J'étais content. Et puis voilà, je ne sais plus ce que j'ai fait. J'ai dû compléter le cardex.*

Dans la description de cette première toilette, Nicolas se réfère peu aux procédures apprises en classe. Cette première toilette semble s'être déroulée dans une espèce de brouillard, Nicolas agit dans le stress et sans pouvoir mobiliser un schème d'action intériorisé. L'infirmière intervient uniquement à la demande de Nicolas : on peut s'étonner de l'évaluation qu'elle pose par rapport à cette toilette à laquelle elle n'a pas assisté.

Nicolas, amer, dira lors de la quatrième interview : *"A Y, pff, premier stage! Ils m'ont laissé faire une toilette tout seul la première journée où je suis arrivé, ça, je crois que ça n'aurait pas du arriver."*

De manière générale, les soins confiés aux stagiaires sont réalisés avec peu d'encadrement du service ou des monitrices de stage. A plusieurs reprises, nous avons observé ce qui constitue littéralement un abandon du stagiaire et du patient, l'institution ne prenant soin ni de l'un, ni de l'autre. L'exemple le plus dramatique de cet abandon est rapporté par Mélissa, lorsqu'elle explique la *première* toilette qu'elle a réalisée. Elise, stagiaire dans le même service, participe également à l'interview.

- Donc, ta première journée, tu m'as expliqué tantôt que tu avais été tout de suite mise dans le bain, tu as commencé par une toilette.
- *M : Oui.*
- Est-ce que tu peux un peu expliquer cette toilette, comment ça s'est passé, très concrètement, en détail ?
- *M : Ben, très difficile. C'était déjà un monsieur, phthisique, qui maintenant est décédé. C'est pas du tout facile, il voulait retirer son lange lui-même, et mettre ses mains, alors que (je ne sais pas s'il avait été à selles cette fois-là, mais) ... Il ne voulait pas se retourner. On n'a même pas su vraiment faire toute la toilette complète, parce que ...*
- Tu étais avec qui ?
- *E : Avec moi. Et c'est vrai que ce n'était pas évident. Il était très ... énervé, je ne sais pas si on peut dire ça ?*
- Agité ?
- *E : Oui, agité, voilà, c'est le mot juste. C'est vrai qu'on a fait l'essentiel, quoi : changer son lange, ...*
- *M : Sa toilette intime.*
- *E : Voilà.*
- *M : Le torse, c'est à peine si on y est arrivées. On a fait comme on pouvait, mais le dos, ça, on n'a pas su!*

- Et à ce moment-là, qu'est-ce qui vous passait par la tête, quel était votre état d'esprit ?
- *E : "Vivement qu'on sorte de la chambre!", moi c'était ça.*
- *M : Moi, ça, et que l'homme ne souffre pas.*
- *E : En plus, on voyait qu'il n'était pas bien.*
- Vous n'étiez pas à l'aise ?
- *E : Non, moi en tout cas, je n'étais pas à l'aise.*
- *M : Moi, j'étais ...*
- *E : Je l'ai fait parce qu'il fallait le faire, mais ...*
- Et vous vous souvenez entre vous à ce moment-là de ce que vous vous êtes dit, de quoi vous avez parlé, ou avec la personne ?
- *E : Le monsieur, je sais même pas s'il nous comprenait, parce qu'il était vraiment ...*
- *M : C'était vite fait.*

Nous retrouvons dans le cas de Mélissa les mêmes conditions d'accueil (ou plus exactement de non-accueil) et de démarrage du stage que pour les autres stagiaires : elle effectue ce soin avec une autre stagiaire, sans encouragement ou encadrement, sur un patient mourant (il décèdera le lendemain) avec lequel la toilette n'est pas du tout facile à réaliser. A travers cette situation, nous retrouvons la caractéristique d'abandon du stagiaire, mais aussi une caractéristique de non-progressivité des apprentissages au plan relationnel (nous détaillerons cette caractéristique dans les pages qui suivent). Cette situation est sans doute inutilement cruelle, tant pour le stagiaire (qui n'apprend rien dans ce genre de situation), que pour le patient (qui devrait bénéficier de soins experts particulièrement humanisés). Nous verrons plus loin que ce genre d'expérience est un facteur d'abandon des études pour Mélissa.

Les stagiaires tentent tant bien que mal de s'adapter à cette carence de supervision. Souvent, les stagiaires de première année se regroupent et effectuent leurs activités ensemble, parfois accompagnés d'un stagiaire de seconde ou de troisième année.

Géraldine raconte la réalisation de son premier pansement, effectué sous la supervision d'une stagiaire de troisième année :

- *Elle m'a montré et ça a été. Enfin, déjà, plier mes compresses, ça m'énerve. Elle me dit : "ne t'énerve pas et au fur et à mesure, tu vas acquérir", et tout. Parce que tu sais, pour plier en quatre, c'est pas évident, en plus, moi, je touche facilement mes champs où c'est stérile ...*

Laura rapporte un autre moment d'apprentissage :

- *Mercredi, j'ai fait un soir. Là, c'était bien parce que j'étais avec une fille de troisième. Elle m'a dit de la suivre partout, j'ai pris tous les paramètres avec elle. Donc on a pris toutes les pulsations, les températures, demandé aux gens s'ils ont été à selles. On a fait tout le tour des chambres, on est allées tout noter dans les dossiers. Puis alors après l'infirmière a dit : "Il y a un lavement à faire, et puis retirer une perfusion". "Ah! (rires)", je dis, "retirer la perfusion, moi, j'ai jamais fait!". Le lavement, c'était juste un petit fleet, donc ça allait. Pour la perfusion, y a une fille de troisième année qui m'a dit : "Je viens avec toi". Elle m'a montré comment on fait. C'était pas chinois, mais moi, j'avais peur, quoi : on l'avait pas vu au cours, donc je voulais pas faire n'importe quoi. Le lavement, c'est moi qui l'ai fait. Elle était à côté, et donc pas de problème, et puis voilà. Elle, elle a fait tout ce qui est Prodafalgan, injecter dans les perfusions tout ce qu'il fallait. Puis répondre aux sonnettes, distribuer les soupers, ... Mais, évidemment, je l'ai beaucoup suivie, parce qu'il y avait tous les médicaments*

à faire, nous, on peut pas faire, toutes les perfusions à faire. Moi, je suivais, je tenais les trucs. Voilà.

Selon les interviews des stagiaires, et c'est également ce que nous observons, les apprentissages ou des perfectionnements en stage, ou parfois la simple prise en charge des stagiaires de première année se réalisent par le truchement d'autres stagiaires, de niveau intermédiaire, au moins autant que via l'accompagnement par les professionnelles du service. Nous observerons à de très nombreuses reprises ce rôle de tuteurs des stagiaires plus âgés envers les plus novices.

Même si ces moments ne sont pas les plus nombreux, il existe aussi des occasions où les étudiants sont pris en charge par les infirmiers. Ces prises en charges sont souvent l'occasion d'apprentissages décisifs et sont très appréciés des étudiants. Ainsi, Nicolas raconte un bon moment de son second stage :

- *Donc, lundi, j'ai fait l'après-midi tout seul, donc de midi et demi à ... Enfin, les autres étaient encore là jusqu'à trois heures quarante-cinq, mais après, j'étais tout seul. Et j'étais tout seul avec les infirmières. Et ça, je trouvais ça vachement chouette, parce que j'ai vraiment beaucoup appris. C'est-à-dire que je suis resté avec une infirmière qui est vraiment sympa, qui, elle, apprend beaucoup aux stagiaires. On m'avait dit : "Celle-là, elle est vraiment sympa", alors je suis resté tout près d'elle. Et elle m'a fait faire des intramusculaires, des insulines, alors qu'on ne peut pas les faire. J'ai fait des sous-cutanées. J'ai fait toutes les ... Ah, oui, les gluco, ça, j'aime bien faire aussi, donc, ...*
- *Ça, c'est des bons moments.*
- *Ah, ça, oui.*
- *Et c'est pour ça que tu as bien aimé ton lundi après-midi.*
- *Ben voilà, parce que là, franchement, j'ai appris, j'ai beaucoup appris. Tandis qu'ici, qu'est-ce que j'apprends ? Rien du tout. Je fais comme d'habitude.*

Lors de la dernière interview, Nicolas tire le bilan des relations entre les stagiaires et les soignants :

- *Il faudrait vraiment établir autrement le contact avec les infirmières.*
- *C'est dur ?*
- *Elles sont gentilles, mais ... Elles sont vraiment sympas, mais ... Je ne sais pas, elles sont tout le temps parties, elles travaillent tout le temps. On ne peut pas leur reprocher ça, mais ... Et puis, au niveau des stagiaires, toutes les semaines des nouveaux ... Mais on ne sait vraiment pas comment les aborder. C'est pour ça que, avec la sonde, j'ai été demander à celui de deuxième à quoi sert la sonde de madame ?*
- *La sonde gastrique ?*
- *Oui. Et j'ai été demander à un élève de deuxième : "le mari demande pourquoi elle a ça". J'ai pas été demander à une infirmière. Si, j'aurais osé lui demander, si vraiment le monsieur insistait pour savoir ce que c'était.*

Plus que par les infirmiers du service ou leurs moniteurs de stage, les stagiaires sont principalement pris en charge par leurs aînés. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela. Nous savons que les moniteurs de stage n'ont quantitativement que peu de temps à consacrer à chaque stagiaire, étant donné le nombre de stagiaires à encadrer et leur dispersion sur plusieurs unités de soin (Dury, 2000, Lemenu, 2000). Ensuite, sur le lieu de stage, le rôle de tuteur n'est pas clairement défini et attribué au sein du personnel du service. La relative pénurie de personnel dans les unités de soin rend par ailleurs difficile la prise en charge des novices par les infirmiers

et peut justifier le renvoi vers d'autres stagiaires. Les conditions objectives de travail des uns et des autres sont a priori peu favorables à un accompagnement efficace des stagiaires.

Cette constatation sur l'état de fait de la prise en charge des *novices* rencontre aussi les interrogations théoriques de Benner sur les qualités didactiques des formateurs, en fonction de leur statut (*compétent* ou *expert*) : le fonctionnement holiste et intuitif de l'*expert*, même verbalisé, n'est guère accessible d'emblée au *novice*. Il faut à l'*expert* une démarche de "décentration didactique" pour rendre son compagnonnage accessible et bénéfique au novice. Les *novices* pressentent sans doute aussi (à tort ou à raison) une plus grande efficacité et une plus grande sécurité psychologique à apprendre de leurs jeunes aînés, plutôt que d'infirmiers chevronnés. L'inconvénient de ce repli sur les stagiaires plus âgés est l'absence de clarification et de contrôle de ce rôle : il nous est arrivé de constater des erreurs dans les conseils donnés ou les démonstrations réalisées par des étudiants de seconde année. Tant qu'il reste aléatoire et "sauvage", ce recours aux stagiaires plus âgés n'est qu'un pis-aller.

Par ailleurs, il semble également que les infirmiers des unités de soins n'ont pas une représentation claire et précise de leur rôle dans la formation des stagiaires. Nous avons souvent l'impression d'un malentendu à propos du stage, comme si les enseignants s'attendaient à ce que le stage permette aux étudiants l'apprentissage des aspects plus relationnels qui n'ont pas pu être travaillés en classe et que le personnel hospitalier considérait que l'ensemble du processus de formation a été complété en classe et que les stagiaires transfèrent automatiquement les connaissances acquises en classe en compétences professionnelles. Les soins leur sont donc confiés avec souvent peu d'encadrement ou de supervision. Il est ainsi arrivé que certains étudiants effectuent en stage des soins pour lesquels ils avaient séché les cours (c'est le cas de Laura, qui a réalisé des injections en stage, alors qu'elle était absente des séances de travaux pratiques), ou qu'ils terminent les stages sans avoir pu exercer certains soins qu'ils sont censés maîtriser (ainsi Jessica n'a réalisé aucune injection lors de ses stages). Les étudiants reçoivent également peu de feed-back sur leurs activités.

Ce "chaînon manquant" dans la formation est particulièrement éprouvant pour les stagiaires, comme le rapporte Lawler, s'intéressant également aux activités précoces des soignants : *"Ainsi, pour certaines infirmières débutantes, la première expérience des soins aux corps a été la première confrontation avec les parties génitales de l'homme et, en même temps, avec la réalité des soins infirmiers - une rencontre parfois choquante en raison de leur manque de connaissance sur le travail infirmier. Il n'est pas facile d'expliquer au public le travail des infirmières, puisque celui-ci est invisible, considéré comme un "travail sale" et qu'il touche à des fonctions corporelles intimes. En conséquence, les infirmières néophytes ne sont pas en mesure de savoir dans le détail ce à quoi elles peuvent s'attendre lors de leur première confrontation avec le monde réel de la pratique infirmière. (...) Par ailleurs, les personnes interviewées furent souvent choquées par ce qu'elles étaient censées maîtriser en tant qu'infirmières débutantes. Bien qu'ayant appris différentes techniques de soins au corps, la plupart d'entre elles n'avaient aucunement été préparées aux conséquences de ces techniques et n'avaient pas reçu de formation sur la façon de les gérer socialement ou de répondre émotionnellement à ce travail"* (Lawler, 2002 : 132-133).

Une des étudiantes garde ainsi un souvenir douloureux de sa première manipulation de la sonde vésicale d'un patient : *"J'étais rouge, j'avais les larmes au bord des yeux, je n'osais pas poigner franchement dedans"*.

Stagiaires et infirmiers se côtoient alors dans une logique de partage des tâches plus que d'interaction et de compagnonnage et l'on parvient difficilement à mettre en évidence une

logique délibérément construite de progression dans les apprentissages. C'est ce que nous détaillons à présent.

D. Le quotidien des stages : routine et rentabilité

Lorsque l'on analyse la nature des activités réalisées par les étudiants en stage et la manière dont ils vivent ces stages, deux caractéristiques se dégagent : (1) les activités sont routinières et monotones, (2) les stagiaires ont le sentiment d'être instrumentalisés. Selon nous, ces sentiments sont la conséquences de deux facteurs : la hiérarchie entre soins de base et soins techniques et la seule prise en compte du critère technique dans la progression des apprentissages, ces deux traits étant liés.

• Les activités sont routinières

Lors de ce premier stage, les étudiants débarquent dans un univers complexe, pour lequel ils ont peu de repères et ne sont guère accompagnés. On s'attendrait donc à ce qu'ils aillent de surprise en surprise, découvrant chaque jour de nouvelles facettes du métier, intégrant avec peine les stimuli nouveaux auxquels ils sont confrontés. Curieusement, il n'en est rien.

L'interview se déroule lors de la troisième journée de stage d'Elise, et déjà, les activités qui remplissent sa journée sont présentées comme une routine :

- *J'ai fait sept heures-midi, et après midi, j'avais la visite médicale. Hier, j'ai fait la même chose que lundi matin, hein. J'arrive, on prend les paramètres, les lits, sauf que là, on ne changeait pas tout, on changeait que les alèses et les taies d'oreiller quand c'était nécessaire. Rapport. Madame B. est arrivée, donc, là, toilette complète d'une personne, une dame.*

Elise et Mélissa parlent dans les mêmes termes :

- *E : Moi, j'avoue, au début du stage, j'avais de l'appréhension, parce que c'était le premier stage, mais ça me gênait pas de venir. Mais maintenant, j'en ai vraiment marre, c'est tout le temps la même chose. J'avoue, le matin, je sais que je vais distribuer les repas, les déjeuners, je sais que ... les paramètres, les toilettes, les lits ...*
- *M : Après on ne fait plus rien.*
- *E : Après on ne fait plus rien.*
- *M : Si, l'aérosol, on prépare l'aérosol pour midi.*
- *E : C'est toujours la même chose qui revient.*
- *M : Après on ne fait plus rien, après, on distribue les repas, on reprend les repas.*
- *L'aspect routinier du service, c'est pénible ?*
- *E : Oh oui, enfin moi, ...*
- *M : Ah oui, toujours pareil.*
- *E : Surtout pour nous, première année, on ne peut faire que ça. On n'a pas appris, enfin, on a appris à faire des pansements, mais bon, en pneumologie, y a pas de pansement, et s'il y en a, c'est les troisièmes qui le font.*
- *M : Franchement, je dois dire, les seuls trucs qu'on fait, nous, sur notre journée, c'est comme elle disait : on arrive, on prend les paramètres, on fait les toilettes, on distribue les repas, on fait les lits (enfin, les toilettes c'est après avoir distribué les repas). Après on*

prépare les aérosols pour midi, pour on vérifie si les oxygènes sont bien mis, puis après, on ne fait plus rien jusqu'à midi. A midi, on distribue les repas, on les reprend, on branche les aérosols, on les arrête, on remet l'oxygène, les personnes qui étaient au fauteuil, on les remet au lit, on prend les paramètres, on fait les rafraîchissements, et puis c'est tout.

- Tu trouves aussi que c'est fort routinier comme travail ?
- M : Ah oui.

Il faut remarquer que ce caractère routinier n'est pas décrit comme une caractéristique des activités infirmières en général, mais plutôt comme une caractéristique de la situation *des stagiaires de première année* : en première année, on ne fait rien d'intéressant. On subit le stage comme un passage obligé vers les années ultérieures, où commencerait la "vraie vie, avec de vrais soins".

• Les stagiaires sont instrumentalisés

Le second trait qui apparaît dans le discours des étudiants est le sentiment d'effectuer les tâches ingrates dont les infirmières se débarrassent sur les stagiaires. Certaines tâches, celles qui paraissent les moins agréables ou les moins qualifiées, sont systématiquement dévolues aux stagiaires de première année, d'autres leur sont systématiquement inaccessibles. Cette attribution automatique de tâches aux stagiaires est plutôt perçue négativement.

On l'observe entre autres dans le discours de Laura et Jessica :

- Sinon, je voulais dire, ça se passe comment, maintenant ?
- L : Pff ... comme au début. Oui. Oh, mais c'était la cata la semaine dernière. On a ... Donc, Madame T. n'est venue que lundi ?
- J : Non, mardi.
- L : Oui, mardi, et là, on a fait une toilette avec elle. Sinon, jeudi et vendredi, on était toutes les deux, on devait travailler avec une infirmière, mais on s'est retrouvées toutes seules, toutes seules! Alors j'ai fait trois toilettes toute seule, et une [pour laquelle] tu es venue m'aider. Mais elles ne foutent rien du tout. On se sentait vraiment, ... je me suis sentie, mais vraiment, objet de rendement! Donc, elles, elles étaient ... franchement, si on n'avait pas été là, je ne sais pas comment elles auraient fait.
- J : Vendredi aussi, hein.
- L : Oui, jeudi et vendredi, elles ne faisaient rien du tout. On s'est occupées de toutes les toilettes des infirmières, on a fait toutes les toilettes dans le grand couloir.

A un autre moment, Laura reprend ce thème :

- Et du point de vue de l'intégration, ça se passe bien ou ...
- J'ai l'impression qu'elles sont, pas hypocrites, mais, comment expliquer ? Il faut tout le temps leur demander si on peut faire quelque chose. Il faut un peu chercher le travail, quoi. Par contre, c'est la stagiaire qui va retirer la panne, la stagiaire qui va répondre aux sonnettes, et ce matin, c'était fou, parce que, bon, tout le monde travaillait, y a une sonnette qui s'est mise à sonner, y a personne qui a répondu, c'est pas une infirmière qui ... Tout ce qui est un peu désagréable, les pannes, tout ça, c'est nous qui le faisons, les pannes, tout ça. Les premières. Je sais qu'on est en première, on me l'avait dit, mais ça ... Bon, moi, ça me dérange pas.

Nicolas en parle également :

- Mais tu ne te sentais pas dégoûté par le métier, en te disant : "Ouf, non, ça je ne pourrais jamais" ?
- *Non, ça, non, quand on entendait les autres, qui racontaient de l'année passée, Yves, "de toute façon, les premières et deuxièmes, c'est la merde, quoi" ...*
- Et tu trouves ça, que c'est beaucoup faire des crasses ou ...
- *Oh oui, on ne fait que des crasses, je suis désolé, moi tout ce que je fais, c'est que des crasses : c'est répondre aux sonnettes, c'est chaque fois des gens qui rouspètent, faire une toilette, ça admettons, il faut bien que quelqu'un les fasse. Mais tout ce qu'il faut faire, c'est aller porter les patients au bloc, parce qu'ils n'ont pas envie de marcher trop. Elles, tout ce qu'elles font c'est les prises de sang, les piqûres, tout ça. Ça, c'est gai à faire, ça, j'aimerais bien, ça!*
- Donc, c'est plutôt l'aspect technique qui te plaît, plutôt que de ... c'est vraiment ça que tu attends de pouvoir faire ?
- *Oui, oui, ben oui. Pouvoir administrer des médicaments, tout ça.*

Jessica et Laura complètent leur réflexion par un commentaire sur le mépris qu'elles ressentent dans l'attitude des infirmières :

- *J : On s'est occupées de toutes les toilettes dans le grand couloir alors; on a fait cinq ou six toilettes au lit, je ne sais plus. Alors il y a une infirmière qui est arrivée dans notre chambre pour faire le pansement d'une dame qui avait eu une abdominoplastie. Elle a débordé le lit, elle a mis les draps par terre, pendant que nous on était en train de faire les toilettes d'une dame (entre-temps, on commençait, puis on s'entraidait) et alors, il y a une autre infirmière qui est arrivée et qui a commencé à nous enguirlander parce le linge était par terre!*
- *L : "Si votre monitrice était là. Quand votre monitrice sera là, vous ne mettrez pas le linge par terre". Alors, on disait que c'était pas nous qui l'avions mis, quoi! "Quand même, il faut faire attention" mais, alors qu'on a dit que c'était pas nous qui l'avions mis, ce linge-là, par terre! Et l'infirmière, elle est venue faire son soin, point, puis elle est partie et on a pu refaire le lit, ramasser toutes ses crasses, quoi.*
- *J : On a dû ramasser son champ.*
- *L : (...) Enfin, ça a été. Mais ça m'énervait. On était crevées. C'est des toilettes quand même pas faciles.*
- *J : Cinq ou six toilettes au lit.*
- *L : Il y avait une toilette au lavabo. Jeudi, je travaillais avec une infirmière quand même assez sympa, donc ça, ça va. Et alors, l'infirmière était comme ça, [en train d'attendre] pour essuyer. Et moi j'étais derrière, j'avais une dame qui était lourde, alors je devais la tenir, sur le côté, j'avais le bras qui tremblait, parce que je la tenais avec mon bras gauche et je devais la laver et pas une aide, une proposition "tu veux que je t'aide pour la laver ?", rien. Alors que normalement, on avait dit au rapport du matin (j'étais pas au courant) que cette dame-là pouvait se lever. Jessica et moi, on refait tout le lit à deux, la personne au lit, couchée dedans. Et l'infirmière arrive et elle dit : "Ah mais cette dame-là elle doit aller au fauteuil!", on la met au fauteuil, elle retire tous les draps. Mais je dis : "Non, le lit était propre!", "Ah ben c'est pas grave".*
- *J : On avait fait ça pour rien.*
- *L : On avait fait tout pour rien.*
- *J : Alors qu'il suffisait de retendre les draps.*
- *L : Ah non, il fallait qu'on change.*
- *J : C'est du gaspillage*

Dans le discours de tous ces étudiants, les pannes, les sonnettes, les toilettes sont présentées comme un ensemble de corvées, confiées aux stagiaires de premières dans une optique qui n'est pas sans rappeler les brimades des aînés envers les plus jeunes dans les bizutages. Nous serions alors tentée de développer l'hypothèse que ces activités sont une sorte de passage obligé, initiatique, avant de pouvoir accéder aux "vrais soins", comme les pansements et "les toilettes compliquées" et plus généralement pouvoir être intégrés dans un "nous" professionnel.

Marie Rajablat fait part d'une interprétation similaire lorsqu'elle relate son arrivée dans une unité de soins psychiatrique, à la fin des années 70' : *"Il y avait d'un côté les "bons", les "victimes", les "soignés". De l'autre, les "méchants", les "bourreaux", les soignants. Nous, élèves-infirmier(e)s, nous avions à cette époque, partie liée aux malades bien plus que nous n'en avions conscience. Nous étions destinés, nous comme eux, aux tâches les plus ingrates et les moins considérées. Les blagues les plus douteuses nous étaient réservées. Nos pairs, au lieu de nous "encadrer", nous laissaient perdre pied. Le parcours initiatique du fou comme celui de l'apprenti-infirmier était à la mesure du chaos institutionnel, du désert thérapeutique et de l'inhumanité ambiante. (...) Nous regardions certains de nos aînés avec le mépris acide de la jeunesse, révoltés et blessés que nous étions par leur apparente incompétence"* (Rajablat, 1999 : 23-24).

Toutefois, cette interprétation ne tient que si cette "épreuve" initiatique est plus ou moins intentionnellement construite comme telle, collectivement assumée et prolongée par un accueil et un compagnonnage dans le groupe, ce qui ne cadre pas avec l'indifférence dans laquelle se déroulent ces expériences ressenties au mieux comme désagréables, au pire comme humiliantes ou traumatisantes (cf. première toilette effectuée par Mélissa). Le mépris que les stagiaires expriment à plusieurs reprises dans les interviews à propos de l'attitude du personnel des unités de soins indique également que les étudiants s'identifient peu aux professionnels qu'ils côtoient. Tout se passe comme si les infirmiers ne fournissaient pas aux novices de modèle fier auquel s'identifier et qui justifierait, pour gagner l'intégration au groupe, le passage par l'épreuve initiatique ou par des étapes peu gratifiantes.

Par ailleurs, cette division du travail entre les stagiaires et le reste du personnel renforce également la représentation dichotomique des soins : les soins qualifiés, à forte composante technique, inaccessibles aux stagiaires sont valorisés, en revanche, les soins de base, parce que prestés par les stagiaires, sont perçus comme moins qualifiés et sont dépréciés. C'est cet aspect que nous allons à présent évoquer.

- **La hiérarchie des soins et la conception de la progressivité**

Il nous semble que ces sentiments des étudiants sont le résultat de la combinaison d'une représentation particulière des *soins* et d'une conception particulière de *l'apprentissage* (critères de difficulté et logique de progression) dans le monde infirmier.

Nous l'avons déjà évoqué, la représentation ambiante des *soins* tend plutôt à se calquer sur la logique médicale, de sorte que plus un soin comporte de dimension technique, plus il est valorisé dans la hiérarchie infirmière. C'est sur la base de ce critère que se construit également la logique de *formation*. La progression dans la compétence infirmière est traduite dans une logique des apprentissages les moins complexes techniquement vers les soins les plus complexes techniquement. La dimension relationnelle des soins n'est pratiquement jamais prise en compte

comme critère dans la planification de l'apprentissage des étudiants. Ainsi, la toilette, qui génère peu de difficultés techniques mais qui suscite, au moins potentiellement pas mal de malaise de part et d'autre du lit, n'est pas caractérisée comme un apprentissage difficile. Ce critère intervient implicitement pour ordonner les différents soins entre eux, mais aussi pour concevoir l'apprentissage d'un même soin. La réalisation d'un soin dans des contextes de plus en plus compliqués est éventuellement envisagée au plan technique (toilette sans appareillage/avec appareillage; pansement aseptique simple/pansement humide), mais jamais au plan relationnel (patient coopérant/patient qui refuse de se laver ; plaie à l'avant-bras/plaie au pli inguinal/amputation). Si une certaine progressivité technique est prévue lors des cours et des stages, la progressivité clinique et relationnelle n'est pas ou peu prise en compte : il ne s'agit "que" de mettre des bas de contention, de réaliser une toilette, mais on ignore le fait qu'il s'agit d'un contexte éprouvant pour le *novice*.

Les étudiants sont ainsi amenés, dès le début de leur stage, à réaliser des soins de base (considérés comme techniquement simples) dans des situations relationnelles complexes (un patient agonisant, un patient confus, un patient jeune de l'autre sexe). Dans la mesure où la formation nie la dimension relationnelle des soins, elle nie également les difficultés possibles des étudiants sur ces aspects (difficultés pourtant bien réelles!) et ne prévoit dans les stages aucun dispositif qui favorise l'apprentissage progressif de compétences relationnelles.

Laura et Jessica, qui sont ensemble dans une unité de chirurgie, expliquent ce qu'elles appellent leur "*largage*" : elles sont envoyées dans une chambre pour un soin à des accidentés de la route. Elles sont accompagnées par une infirmière du service :

- Donc, on vous a dit vous allez dans cette chambre là ...
- *Ben on était avec une infirmière, alors l'infirmière nous dit : "Toi, tu mets ses bas de contention, Jessica, tu vas vider son bassin, toi, tu vas vider la panne" etc. quoi. Moi, j'étais vraiment mal prise, je me suis dit : "je vais quand même arriver dans une chambre d'adultes" et eux, ils nous ont dévisagées, "Et c'est quoi ton p'tit nom ?". Donc, déjà pour mettre les bas de contentions, moi, j'étais "comme ça", surtout sur un jeune, bon, j'arrivais pas à le mettre, ça serre à crever, c'est vraiment dur".*

Ce qui a marqué Laura lors de cet épisode du "premier soin", c'est d'être confrontée à l'intimité de jeunes gens de son âge, de sexe masculin. Elle aurait préféré commencer avec des adultes, dans une situation relationnelle moins ambiguë. Ainsi donc, même s'il paraît techniquement simple, ce premier soin est complexe pour Laura, car il se réalise dans la situation la plus complexe *relationnellement*. Peu préparés aux aspects relationnels des soins, il n'y a pas lieu de s'étonner que les étudiants développent une nette préférence pour les soins à forte composante technique.

Une des conséquences de cette représentation des soins est que la progression est construite comme l'apprentissage successif de nouveaux soins, et non comme la maîtrise de plus en plus grande d'un même soin. L'apprentissage est conçu comme la possibilité de faire de plus en plus de soins différents ("On sait faire plus de choses"), et non comme la capacité à réaliser un même soin dans des conditions (techniques et/ou relationnelle) de plus en plus complexes ("On sait faire mieux les choses"). En conséquence, les étudiants commencent par apprendre et exercer les tâches les moins qualifiées techniquement, comme les réfections de lits ou les toilettes et certains soins ne sont réalisés que par des stagiaires (comme les toilettes), et non par l'ensemble du personnel, avec des degrés de compétence divers clairement mis en évidence

L'attitude de certaines monitrices de stage par rapport aux activités des stagiaires procède de cette logique hiérarchique, ainsi qu'en témoigne un commentaire lorsqu'une d'entre elles nous voit débarrasser les plateaux-repas : *"Distribuer les plateaux repas pour donner un coup de main aux auxiliaires, oui, mais ce n'est pas votre rôle. On préférera que vous fassiez d'autres soins"*.

Une autre caractéristique de la conception de l'apprentissage est que ce qui est vu en classe est maîtrisé et ne nécessite pas d'accompagnement. Les étudiants effectuent seuls les soins de base appris en classe, ce qui renforce également l'idée que ces soins sont peu qualifiés et que les étudiants sont instrumentalisés. Si les infirmiers-experts ne participent pas aux toilettes, aux yeux des stagiaires, une toilette n'est pas un soin pour lequel on peut progresser tout au long de sa carrière, mais une tâche que l'on n'effectue plus lorsque l'on a complété sa formation. Dans ce contexte d'appauvrissement et de déconsidération des soins de base, les étudiants n'ont pas le sentiment d'être placés en situation d'apprentissage, les seuls progrès qu'ils nous disent percevoir sont de l'ordre de l'augmentation de la vitesse d'exécution.

Ainsi, le sentiment de *routine* et d'*instrumentalisation* est le produit de la conjonction entre la *nature* de activités qui sont prestées par les étudiants (des soins de base plutôt que des soins techniques) et la *manière* dont on leur fait faire (comme des tâches à réaliser et sans encadrement plutôt que comme des situations d'apprentissage explicitement exploitée avec un formateur) : cette double caractéristique entretient une représentation dévaluée des activités à faible composante technique et leur réalisation sur le mode de la tâche et non du soin.

Le premier soin que Géraldine a réalisé, le premier jour, est une toilette. Elle l'a effectuée avec l'aide d'une autre stagiaire, *de première année également*. Je lui demande comment ça s'est passé :

- *En détail. Ben ça s'est bien passé. Comme j'en avais déjà fait avant. Enfin, ce n'est pas ça qui m'inquiétait le plus. En fait, le plus, c'était les pansements. C'était les pansements qui m'inquiétaient plus, ou, je ne sais pas, moi, faire les injections, pas encore, mais, je veux dire, c'est plus ces petites choses-là qui m'inquiètent le plus que les toilettes.*

On constate que dans le discours de Géraldine, la toilette des patients est un soin déjà banalisé : ce soin ne l'inquiète pas, elle n'y voit pas d'enjeu particulier. Ce qui l'inquiète, ce sont *les actes techniques réservés* : les pansements, les injections (qu'elle n'a pourtant pas encore apprises!). Par contraste, notons que jamais il ne viendrait à l'idée d'un étudiant ou d'un soignant de laisser réaliser une première injection seul :

- *(Elise) Je me sentais quand même en sécurité ou en confiance, parce qu'il y avait madame L. qui était là, je savais qu'elle me laisserait pas faire une bêtise.*
- Et puis après, tu en as refait toute seule ?
- *Ah non, non, non. Je n'en ai pas refait seule, jamais.*
- Des sous-cut' non plus ?
- *Non plus.*
- Toujours accompagnée.
- *Des sous-cutanées, j'en ai fait qu'une. Les intramusculaires, toujours accompagnée de madame L. Je n'en ai jamais fait avec des infirmières.*
- Et maintenant, il te semble que si tu devais le faire, si on t'envoyait dans une chambre, ça ne poserait pas de problème ?

- *Je me sentirais quand même ... Je serais plus rassurée s'il y avait quelqu'un avec moi, de compétent, même un élève encore. Quoique ... Je préférerais quelqu'un du métier, quoi, une infirmière, ou madame L.*

De la même manière, il semble aux étudiants qu'assez rapidement, ils peuvent "adapter" la technique pour les soins de base, qu'ils peuvent prendre des libertés avec les règles apprises en classe, alors que cela ne leur semble pas concevable pour des soins plus techniques (les injections, les pansements et plus généralement les techniques aseptiques) :

Ainsi Géraldine commente les différences entre les manières de faire à l'école et à l'hôpital :

- Est-ce que tu as d'autres exemples encore de choses que tu vois qui sont différentes ?
- *Allez, par exemple, une toilette. A l'école, on doit dire : "Tu fais la figure, tu rinces, puis tu fais un bras, tu rinces", et ainsi de suite. Or que par exemple, allez, on a un BPCO qui a du mal pour respirer, on ne va pas faire comme ça, quoi. On fait la tête, puis on fait le torse et les bras, puis on fait pas tout dans les détails, parce qu'il est déjà en insuff... enfin, pas en insuffisance cardiaque, mais il a déjà du mal à respirer, donc, si on commence à prendre tout son temps et à faire comme on l'a vu à l'école !*
- Ça veut dire que généralement, tu n'utilises pas ce que vous avez vu au cours pour travailler ici ?
- *Si, on a une base. Notre base, on l'utilise, allez, les injections, tu respectes ce que tu as vu à l'école. Mais, je veux dire, pour une toilette, tu dois t'adapter en fonction du patient.*

Ce mécanisme de construction de sens se retrouve de manière homologue chez presque tous les étudiants : un soin qui peut être réalisé par un stagiaire de première année sans préparation ou accompagnement n'est par définition pas un soin hiérarchiquement bien classé. Laura nous détaille sa hiérarchie des activités soignantes, confirmant la préférence pour les actes techniques, si possible réservés :

- Et qu'est-ce que tu aimes le mieux faire, dans les soins ? Jusqu'à présent, qu'est ce qui te plaît le plus ?
- *On n'a pas encore touché à tout ... Quand j'ai été enlever les agrafes!*
- Parce que ?
- *Parce que c'était quelque chose que j'apprenais. Je suis très ... j'aime bien tout ce qui est technique, moi. Les pansements, tout ça, j'aime bien. (...)*
- Et qu'est-ce que tu as le moins aimé jusqu'à présent ? Qu'est-ce qui est le plus désagréable ?
- *Dans les soins ? Mettre les bas de contention. Ça, ça me ... y a des fois, elles sont vraiment, mais très, très grosses, et alors, pour mettre les bas (après n'importe quelle opération on met des bas pour éviter les phlébites, etc.). Elles sont en extension. Chez les jeunes, ça va, parce qu'au moins ils ont un tonus musculaire, pousser la jambe, ça va, mais la personne âgée, elle n'arrive pas à bouger, c'est l'horreur.*
- Ça, c'est pas gai.
- *Non, mais, sinon, en fait, c'est là toute la remise en question de mes études (rires). Parce que j'aime bien faire les toilettes, ça me dérange pas, mais si j'avais vraiment le choix, j'aimerais bien faire juste des pansements, ou enfin, des choses un peu techniques, quoi. Une toilette ne me dérange pas. Si, par exemple, j'aime pas faire une toilette où il n'y a rien : j'aime bien faire attention s'il y a des redons, un pansement où il y a une technique à appliquer, qu'une toilette simple, j'accroche pas.*

Cette hiérarchisation des activités est identique chez Elise :

- Vous aimez bien, faire ça, les pansements ? C'est l'événement de la journée ?
- *Moi, je l'ai fait deux fois.*
- C'est ça que tu aimes, que tu as envie de faire ?
- *Oui, les toilettes, c'est quand même, je suis désolée, mais, les toilettes, c'est important pour la personne, mais, ce que j'ai envie, c'est de faire des soins, pas des toilettes.*

La perception des activités qu'ils effectuent pourrait pourtant être toute différente : dans l'optique d'un développement de compétences, chaque nouvelle toilette, par exemple, pourrait être l'occasion d'observer et de systématiser les ressemblances et différences entre les patients, de sorte de gagner en adaptabilité du soignant et en qualité du soin. La diversité et la multiplicité des situations d'exercice des soins se prête a priori au développement de compétence. Mais ceci suppose un accompagnement du stagiaire. Cela suppose également un consensus sur la conception des toilettes et autres soins de base en termes de *soin*, et plus précisément encore, sur l'importance de la *compétence relationnelle* lors de ces soins de base.

E. Conclusion : un stage pour quels apprentissages ?

Que font les étudiants en stage ? Que révèlent ces activités ?

Les stagiaires occupent leur temps à des activités qui ne demandant pas de qualification infirmière particulière ou qui n'ont pas été annoncées et préparées comme telles en classe (mettre des bas de contention, servir et desservir des repas, conduire des patients "au bloc", aller à la pharmacie, etc.) et à la réalisation de soins que les étudiantes ont appris en classe (prise des paramètres, toilettes, pansement simple). Quelles que soient les activités qu'ils réalisent, les stagiaires ne sont pas placés en situation d'apprentissage. Implicitement, le personnel des unités de soins semble généralement considérer que l'ensemble du processus de formation a été complété en classe et que les stagiaires transfèrent automatiquement les connaissances acquises en classe en compétences professionnelles. Ces activités leur sont donc confiées avec souvent peu d'encadrement ou de supervision, avec une progression peu programmée et peu d'élément d'évaluation formative. Elles ne sont donc pas inscrites dans une logique d'apprentissage, mais plutôt dans une logique d'utilisation des stagiaires comme main d'œuvre peu qualifiée dans les services. Ce sont des *tâches* plus que des *soins*.

En conséquence, les stagiaires se sentent instrumentalisés, les soins de base qu'ils effectuent sont appauvris et routinisés, parce que peu valorisés en termes de qualification infirmière. De ce point de vue, il y a une forte convergence entre l'école et l'hôpital, dans chacun des deux contextes de formation, la manière dont les activités de soins sont présentées, proposées et réalisées tendent implicitement à renforcer la hiérarchie entre les soins de base et les soins techniques.

Privés d'encadrement et de planification raisonnée de leur tâche selon une logique de formation, au cours de leur stage, les étudiants sont plus souvent dans une logique du *faire* que dans une logique de *l'apprendre à faire*. Ce qu'ils apprennent consiste essentiellement en l'efficacité mécanique et la vitesse d'exécution d'actes instrumentaux en grande partie décontextualisés. On ne peut donc à proprement parler d'une progression de la compétence, de *novice* à *débutant* au sens où nous l'avons défini. En définitive, la seule compétence réellement entraînée dont nous

pourrions cyniquement parler est la capacité à faire face à cette absence de prise en charge et à se débrouiller seul. On pourrait parler de socialisation paradoxale, puisqu'elle consiste à laisser le novice trouver ses repères seul dans l'univers où il est appelé à s'intégrer. Ainsi, d'un stage à l'autre, les étudiants pointent des progrès au plan de leur compréhension du fonctionnement des unités de soins⁴⁷. De leur point de vue, retrouver une routine est un indicateur de leur progression.

Les étudiants identifient eux-mêmes peu de moments d'apprentissage comme tels dans leurs stage. Lorsqu'ils en pointent (enlèvement d'agrafes pour Laura, aérosols pour Elise, glycémies pour Nicolas), les étudiants évoquent des situations aux caractéristiques particulières :

- Ce sont le plus souvent des apprentissages techniques. Aucun étudiant ne nous a cité de moment d'apprentissage lié à une autre dimension des soins, ce qui est conforme à la logique de représentation des soins induite par les cours et l'organisation des activités de stage.
- Ce sont des savoir-faire non enseignés en classe. Puisque les étudiants sont placés dans une logique d'opérationnalité et de rentabilité pour les soins déjà abordés aux cours, ils ne perçoivent de possibilité d'apprentissage que pour les activités totalement nouvelles qu'ils ont l'occasion de découvrir en stage.
- Ce sont des situations dans lesquelles ils bénéficient d'un accompagnement privilégié de la part d'une monitrice de stage, d'un professionnel de l'unité de soins ou d'un autre stagiaire.

Ces situations d'apprentissage sont très prisées, puisqu'elles permettent à l'étudiant de sortir de la routine de ses activités (ce sont des activités que l'on ne fait pas tous les jours, encore moins plusieurs fois par jour), d'exercer un savoir faire placé plus haut dans la hiérarchie des soins (forte composante technique), et de bénéficier d'un accompagnement. Notons que ces moments d'apprentissage sont vraiment aléatoires. Il faut souvent un heureux concours de circonstances (peu de stagiaires à certaines plages horaires, une infirmière "sympa" et signalée comme telle par les pairs, initiative d'un stagiaire qui "demande à voir", etc.) pour que les éléments se mettent en place pour l'apprentissage. Notons aussi que ces "bons moments", par leur caractère exceptionnel, renforcent la perception générale des soins, de leur conception et de leur hiérarchie.

⁴⁷ - *Quand on est arrivés, déjà, ici, c'est quand même différent qu'à X. A X, on ne savait pas comment ça allait. On arrive dans le service, on ne sait vraiment pas comment ça va, quoi, le premier jour. On ne sait pas. On sait faire une toilette et tout, théoriquement, mais on ne sait pas le faire en pratique, on ne sait pas comment ça fonctionne. Tandis que maintenant, on a déjà été à X, c'est à peu près pareil : on arrive, collecte des données, puis toilette, c'est comme ça que ça va. Au début, moi je croyais qu'on faisait la collecte des données, ça oui, puis on déjeunait, puis on faisait ... Tout à l'envers, quoi. Maintenant, je sais comment ça va. C'est partout pareil. On lave, on distribue les plateaux, on débarrasse, puis on prend les tensions et tout ça. Il faut toujours le temps, hein, d'un service à un autre, évidemment, ça change, mais le principe reste le même et en trois jours, on sait comment ça va.*

- Tu as déjà une routine, ici, alors ?

- Ouais! Je ne sais pas encore tout, hein, mais on sait déjà le maximum, enfin, le plus gros, ce qu'il faut retenir.

4.5.5 Les corps à corps patient-soignant

Le stage est la première occasion pour les étudiants d'interagir avec des patients. Au travers des soins, les étudiants se trouvent à présent directement confrontés à la corporéité humaine.

En de nombreuses occasions de soins, l'effacement ritualisé du corps est levé. Dans le monde de l'hôpital, le corps est présent d'une manière plus brute, moins contrôlée ou contrôlable qu'en d'autres circonstances. Les stagiaires sont confrontés à des stimuli d'origine corporelle habituellement occultés. Toux, crachats, vomissures, excréments, plaies infectées, etc. mais aussi nudité de parties corporelles habituellement dissimulées : l'ouïe, la vue, l'odorat des stagiaires sont touchés très différemment de la vie quotidienne et du contexte scolaire. Comment ces sensations corporelles sont-elles appréhendées, décodées, assimilées par les jeunes soignants ? Que font-ils de ces sensations ? Toutes ces stimulations corporelles apparaissent dans les interactions avec les patients. Les étudiants sont donc amenés à interagir avec les patients dans des situations relationnelles complexes, dans un corps à corps intime avec des inconnus de passage. Nous avons vu que les cours dispensés à l'école préparent peu les étudiants à ces situations. Voyons à présent comment les soins se déroulent en stage. Comment se débrouillent les stagiaires dans les soins, au plan interactionnel ? A quelle représentation du patient et de son corps renvoient les comportements et les discours des stagiaires ? Quelle identité de soignant développent-ils sur cette base ?

Nous abordons successivement la conception du patient développée par les stagiaires, puis leur attitude dans les situations de forte stimulation corporelle.

A. Du mannequin au patient

Quantitativement, le soin le plus fréquemment exécuté par les stagiaires est la toilette des patients. Chaque étudiant en réalise plusieurs quotidiennement. Lors de ce soin, les étudiants sont inévitablement confrontés au corps intime du patient.

Nous avons longuement interrogé les étudiants sur la manière dont se déroulent ces toilettes, et nous leur avons suggéré d'indiquer les situations dans lesquelles éventuellement ils avaient pu ressentir de la gêne. Nous avons aussi eu de nombreuses occasions d'observer les comportements des étudiants lors des interactions avec les patients et de les comparer avec le récit qu'ils nous en faisaient.

Nous avons fait l'hypothèse que les situations d'apprentissage de techniques sur mannequin en classe, occultant les aspects relationnels du soin, amèneraient les étudiants à un transfert sans discernement du mannequin vers le patient. Par ailleurs, les cours abordant plus spécifiquement les notions de "communication" avec les patients ont entraîné peu efficacement et systématiquement les étudiants à interagir avec les patients à l'hôpital. Allons plus loin, la formation scolaire précédant les stages, non seulement ne prépare pas les étudiants à interagir adéquatement, mais les amène vraisemblablement à n'être même pas *sensibles* aux aspects relationnels des soins.

Qu'en observons-nous concrètement ? Que se passe-t-il entre les étudiants et les patients ?

- **Le patient est un mannequin**

Les hypothèses que nous venons de rappeler sont en grande partie confirmées par nos observations des stagiaires et les interviews. Dans de nombreuses situations de soins aux patients, les étudiants transfèrent sans discernement les techniques apprises sur mannequin vers les patients.

Voici, par exemple, comment Géraldine identifie les différences entre les mannequins de l'école et les patients à l'hôpital :

- *C'est pas la même chose, parce que, allez, sur un mannequin, on fait ça "comme ça", quand c'est sur un humain, il faut penser à mettre les barrières, il faut penser à enlever les draps avant, il faut ... si t'as un baxter, il faut penser, si t'as un pansement à ne pas passer dessus, s'il y a des fils, enfin, les fils, tu peux, mais il faut faire attention à plein de choses, quoi. Sur un mannequin, il est dans le lit, il ne bougera pas, qu'en réalité, il suffit ... Par exemple un petit enfant, il suffit qu'il fasse un mouvement, il tombe par terre, il faut prendre plus de mesures de sécurité que quand on fait ça à l'école sur un mannequin. Sinon, c'est pratiquement la même chose, point de vue technique, c'est la même chose sur un mannequin que sur un humain, je veux dire. L'aménagement et tout ça, c'est différent.*

Géraldine n'évoque guère de différence significative entre "le patient" et le "mannequin" : *techniquement*, c'est pratiquement la même chose. Les différences qu'elle évoque sont soit d'ordre pratique ("l'aménagement" : les baxters à passer, les pansements à ne pas mouiller), soit l'idée que le patient, à la différence du mannequin, est éventuellement doué d'une capacité à se mouvoir d'une façon imprévisible. C'est "un mannequin qui ne sait pas se tenir", en somme, et qu'il faut donc penser à l'immobiliser (nous retrouverons aussi chez Nicolas cette légère exaspération envers les patients indociles).

Le patient n'existe pas comme *personne* dans le discours de Géraldine. Les rares fois où la subjectivité du patient est évoquée, c'est en termes de douleur (*"Chaque fois qu'on bougeait son bras, il hurlait, donc, on devait faire vraiment très, très attention à ce niveau-là"*). Pour la stagiaire, le patient n'existe éventuellement que comme corps souffrant.

On retrouve aussi chez Nicolas, par exemple, ce transfert des apprentissages sans discernement du mannequin vers le patient : Nicolas ne relève pas de différence essentielle entre les deux situations.

- Et sinon, dans le même ordre d'idées, le fait d'être confronté à des plaies ou au corps des gens qui n'est pas comme le mannequin, est-ce que ça t'a laissé un sentiment particulier, ou étonné, ou surpris, ou ?
- *Non. Oh on a déjà vu, c'est pareil, hein, on fait sur le mannequin, on le fait sur quelqu'un. Y a que la peau, quoi, c'est un peu plus chaud, c'est tout. Non, c'est pareil, ça change rien du tout.*
- Mais sinon, le poids des gens, ...
- *Oui, ça c'est différent, ça. On sent que son dos travaille. Avec le mannequin, hop, on le prend comme ça, ça y est. Quand on prend quelqu'un, on essaie de le prendre mieux pour ne pas qu'il ait mal. Le mannequin, il n'a pas de sensation. Ça, c'est vrai, il faut essayer de veiller à ce que les personnes ne souffrent pas.*

Je dois suggérer dans l'interview des distinctions entre patient et mannequin pour que Nicolas établisse une différence. Pour Nicolas aussi, nous l'avons déjà vu au travers d'extraits précédemment cités, le patient n'est perçu qu'au travers de deux caractéristiques : le patient rouspète et le patient a mal. Ces différences ennuiant Nicolas, qui les expriment comme des entraves à son travail.

Cette attitude des étudiants ne vaut pas que pour les toilettes, elle se retrouve également pour d'autres soins, tels que les injections :

- Donc, tu trouves que c'est différent de l'école ?
- *(Nicolas) Oui, c'est plus simple ici.*
- Plus simple ?
- *Oui, à l'école, sur un réniforme, oui, d'accord! (rires)*
- Quoi, quelles différences, alors, entre piquer dans un réniforme et une personne ?
- *Le réniforme, déjà, il est beaucoup plus dur à enfoncer que sur une personne. Sur une personne, ... Bien que la première sous-cutanée que j'ai faite, ça a rebondi! J'ai piqué tout doucement et ça a rebondi, donc, on m'a dit "c'est fait, c'est fait ?". J'ai dit : "j'ai pas encore piqué". (rires) Il faut avoir un coup sec.*

Dans ces récits de "soin", via le transfert sans discernement, le patient est objectivé. Nos observations confirment cette objectivation du patient. J'observe Géraldine et une autre stagiaire refaire un lit : à aucun moment elles ne s'adresseront à la patiente assise au fauteuil qui s'adresse alors à moi et me détaille longuement sa vie en Afrique. Quand le lit est refait, Géraldine demande simplement à la patiente si elle souhaite son jus d'orange. Plus généralement, lors de ce premier stage, nous n'avons que très exceptionnellement vu un stagiaire s'adresser spontanément à un patient. Les patients, eux, s'adressent pourtant souvent aux stagiaires. L'entrée en matière la plus courante est de demander s'ils ne gênent pas l'infirmière dans son travail. Leur approche n'est pas toujours couronnée de succès. Chaque jour, Elise prend les paramètres des patients ou prépare leurs aérosols; bien souvent, ceux-ci tentent d'entamer la conversation. Elise s'en tient à "*je vais prendre vos pulsations*" ou "*je viens prendre la température*", et annonce la valeur mesurée. Sa concentration ostensible sur l'acte technique (compter les gouttes, compter les pulsations, etc.) décourage les conversations. On s'attarde peu dans les chambres, ce n'est pourtant pas le temps qui manque, on tourne en rond tout le reste de l'après-midi.

Cette attitude objectivante produit en retour des effets sur le comportement des patients qui apparaissent parfois comme dépossédés de leur capacité à exister comme sujets : lors de la prise des paramètres, par exemple, il n'est pas rare que les patients se fient davantage aux valeurs données par les instruments qu'à leurs sensations lorsqu'on leur demande comment ils se sentent.

Du point de vue des stagiaires, aussi longtemps que le patient peut-être objectivé, assimilé au mannequin, il n'y a pas de difficulté relationnelle. Peu d'étudiants rapportent des expériences de difficultés relationnelles *identifiées comme telles*. Comme nous l'avons déjà développé dans l'analyse des cours théoriques, lorsque les étudiants évoquent des "problèmes de communication", ils les situent essentiellement au niveau de la communication verbale, et de manière plus étroite encore, dans les difficultés à choisir des "ressources sûres" de conversation.

- *(Géraldine) Au premier jour, franchement, moi qui parle beaucoup, je l'admets, j'ai eu dur, c'est vrai, parce que moi, en fait, j'ai peur de parler des choses qu'il ne faut pas. Allez, par exemple, on va leur demander : "Vous êtes marié ?", ils sont veufs, ou "Vous avez des*

enfants ?" , "Ils sont morts". Enfin, c'est toujours des sujets très, très délicats à poser, quoi, mais on trouve toujours bien un sujet, ou c'est eux qui posent des questions, par exemple, en quelle année on est, si on se plaît bien, combien de temps on reste, ...

- C'est plus facile, ça, alors ?
- *Oui, tu réponds, mais tu poses aussi inversement des questions, en fait, moi, tu vois, j'évite toujours les sujets "à risque" entre guillemets : mariages, enfants et tout ça. Je ne pose pas vraiment de questions, parce que je ne sais jamais, parce que ça ne nous regarde pas non plus, c'est vrai. Il y en a qui posent des questions indiscretes, enfin, je ne sais pas, par exemple, je ne sais pas, des questions indiscretes que je ne poserai pas, et qu'il y en a qui posent, quoi. Donc, ça, il vaut mieux toujours se méfier, en fait de se mêler trop de la vie du patient, entre guillemets, de poser trop de questions qui ne te regardent pas, en fait. C'est ça, il faut faire très attention, et aussi quand tu fais l'entrevue (enfin, moi, j'ai pas encore fait l'entrevue), c'est structurer tes questions différemment. Tu ne vas pas dire une question comme par exemple si la personne fume, ou si par exemple elle boit, ne pas lui dire : ...*
- "Est-ce que vous êtes alcoolique ?"
- *Ben oui, il faut former notre question pour ne pas, ... pour que ça passe mieux.*

En dehors de ce problème, les étudiants ne semblent pas percevoir de déficit communicationnel. Lorsque je les interroge sur la perception subjective que les patients peuvent avoir de certaines situations de soin, et du malaise qui peut en découler, les étudiants ont tendance à éluder mes questions. Ils me répondent que souvent le patient est confus ou désorienté, qu'il ne comprend pas.

- Et les gens, qu'est-ce que les gens ont comme réaction, alors?
- *M : Eux, ils dorment (rires).*
- *E : Ils n'ont pas de réaction spéciale.*
- *M : Comme si tout était normal.*

En conclusion, les étudiants se comportent donc souvent avec le patient comme avec le mannequin, dans une logique de transfert sans discernement. Lorsque le patient se montre docile, soumis au soin et neutre dans son comportement, les étudiants se sentent à l'aise. Pour les stagiaires, les difficultés relationnelles du soin sont partiellement levées par la disqualification du patient comme personne.

Le discours des étudiants cache pourtant des difficultés de communication et des déficits en matière de compétences relationnelles bien réels. Par exemple, lors d'une toilette, Elise tente pour une fois d'entamer la conversation avec une patiente: *"Vous êtes ici pour quoi ?" "On m'a enlevé une poche"*. Mal préparée aux interactions avec les patients, Elise ne saura que faire de cette réponse, et c'est le silence qui s'imposera pendant le reste de la toilette. Plusieurs monitrices de stage s'accordent également pour dire que *"du point de vue de la communication, la première toilette, c'est toujours raté"* et que *"elles sont vite contentes, vite satisfaites : "ça va, madame, bien dormi, pas trop mal ?"*. Les récits empreints d'émotion que Mélissa et Elise font des soins qu'elles dispensent à des patients mourants ou confus indiquent également le malaise des stagiaires dans certaines situations de soins avec les patients.

L'objectivation du patient ne permet donc pas (on peut s'en réjouir!) de régler une fois pour toutes les questions relatives aux interactions avec les patients.

- **Le patient n'est pas un mannequin**

En effet, il y a de nombreux contextes où le "patient résiste" à la définition objectivée de son statut. Pour des motifs divers, il n'est pas toujours aisément assimilable au mannequin : il *rouspète*, il *remue*, exprime des désirs, des singularités, il renvoie à l'étudiant sa propre image, en miroir, ou celle d'un intime. Dans ces situations, la logique objectivante du transfert sans discernement n'est plus possible. Le soin devient problématique pour les étudiants, car ils n'ont pas appris à développer des outils spécifiques pour ces situations : *"Tant que le corps reste "objet" de soins, il est astiqué et réparé sans trop de problème pour le soignant. (La question n'est pas soulevée pour le soigné) Par contre, s'il devient "sujet" de soins, il sème le trouble et le désordre "*(Rajablat, 1999 : 92).

Sur cette base, les étudiants développent implicitement une catégorisation des patients, et des situations, plus ou moins faciles. Ce sont Laura et Jessica qui nous donnent, au travers de leurs interviews, la réflexion la plus élaborée de cette catégorisation.

Laura et Jessica ont effectué leurs premiers soins dans une chambrée de jeunes adultes, polytraumatisés suite à un accident de la route. Pour les deux stagiaires, les interactions se sont révélées difficiles :

- *Oui. Alors, ça n'allait pas du tout, parce que bon, il a une jambe en extension, donc, je ne sais pas s'il a mal, alors je demande un moment, je dis : "T'as mal ?". Il me dit : "Ben à mon avis, t'as l'air d'avoir plus mal que moi". Bon, alors là, c'était bouffée de chaleur, pas bien. J'ai mis le bas, ça a été, il a quand même été sympa. Et puis bon, Jessica, elle gère pas bien, elle était dans la salle de bain, elle disait : "j'y retourne pas, j'y retourne pas". J'ai dit : "'coute, prends quand même leurs bassins". Elle, elle stressait à mort, à mort!*
- *Stressée à mort parce que quoi ?*
- *Elle stressait parce qu'à mon avis elle était tombée sur des jeunes qu'elle connaissait de vue, je ne sais pas... Jessica, apparemment, elle ne gère pas bien sa distance avec eux. Donc, ça, ça m'a mise premièrement mal à l'aise. Parce que Jessica c'est : "Bonjour les gars, ça va ?". Moi j'étais un peu mal prise, donc, moi j'ai mis mes bas et je suis partie. Elle est restée encore un petit peu dans la chambre puis elle est revenue dans le bureau en disant : "ça va pas du tout, je gère pas bien".*

Laura élabore une réflexion sur les difficultés d'interactions basée sur la notion de *distance*. En l'occurrence, la *distance* avec ces jeunes patients tend à être insuffisante. Cette situation résulte vraisemblablement des possibilités d'ambiguïté sur la nature de la relation : elle se trouve en contact avec des patients de son âge, de sexe masculin. De plus, ce patient introduit dans l'interaction des éléments relatifs à l'état émotionnel du soignant. Dans ce cas, le patient sort de son "rôle" de patient-mannequin, il personnalise et sexualise potentiellement l'interaction, il menace le soignant.

Laura revient à d'autres reprises sur ce problème de la distance :

- *Oui, c'est des gens qui restent ... le problème, c'est qu'il y a des gens qui sont là depuis longtemps mais ils vont partir bientôt, et les gens qui sont là, à mon avis, qui restent le plus, qui vont rester le plus longtemps, c'est à mon avis les trois jeunes, mais, euh, faire un TAPPSI sur eux...*
- *Tu n'y tiens pas.*

- *Non (rires). Mais c'est clair que ce serait facile pour l'entrevue et tout ça, parce que poser les questions, je suppose qu'ils ne seraient vraiment pas contraires. Mais aller m'asseoir avec eux ...*
- *Tu ne le sens pas bien.*
- *Mais ils ne comprennent pas la distance. Je vais leur dire : "Voilà, je suis stagiaire en première année d'infirmière, que j'ai un rapport de stage à faire", ils vont pas comprendre. J'ai beau leur expliquer, à mon avis ... Jessica veut faire son travail sur eux, mais je ne sais pas si elle pourra. Et je préfère prendre quand même quelqu'un de plus ... je ne sais pas, je ne prendrais pas n'importe quoi.*

En synthèse de ces extraits d'interviews, nous pouvons déjà recenser plusieurs facteurs de repersonnalisation du patient.

La *douleur* du patient est un premier critère de repersonnalisation de la relation soignant/soigné. Parce qu'il exprime des émotions qui touchent le soignant, le patient souffrant ne peut plus être réduit au statut d'objet.

L'*indocilité*, volontaire ou non, est un second critère : il n'est pas prévu que le patient remette en question un soin ou désire s'y soustraire. Sa collaboration, active ou passive, va de soi. Les stagiaires ne sont pas préparés à faire face et à négocier les insoumissions des patients.

- *Mais ici, avec la dame ce matin [la toilette post-op. que j'ai faite avec Nicolas], c'était assez ...on voyait en tout cas que la toilette était quelque chose de lourd pour elle.*
- *Oui, oui.*
- *C'est fréquent, ça, ou ?*
- *C'est la deuxième fois que ça m'arrive. Aussi, ben avec le monsieur là-bas au fond, oh! Alors lui, je n'aimais pas : "et ceci qui ne va pas, et vous n'avez pas bien séché là".*
- *Lui, ce n'est pas parce qu'il avait mal ?*
- *Non, c'est un rouspéteur, là, oui, mais on voyait bien que ça l'ennuyait qu'on fasse sa toilette. Il savait le faire lui-même, il l'aurait faite lui-même.*

Mélissa relate également un autre incident "d'indocilité" qui l'a marquée :

- *Donc il n'y a rien qui vous dégoûte particulièrement ou des moments où vous vous êtes dit : "oulàlà, ça, ça dépasse" ?*
- *Si, moi, oui. Une dame, elle a vraiment plein d'appareils un peu partout, des perfs ... Elle a été opérée d'un cancer ici, on lui a retiré, je ne sais plus quoi, c'est pas de la thyroïde ? D'ailleurs, elle parle bizarrement pour le moment, elle a ... une ceinture de psy. Je dois dire que quand je dois rentrer dans cette chambre-là, j'ai hâte d'en sortir.*
- *Ça veut dire quoi ? C'est difficile de faire des soins, ...*
- *Ben oui, il y a des pansements partout, attachée et tout, si on la détache, elle se débat.*
- *Donc tu dirais que c'est parce que c'est techniquement difficile, ou bien le contact est difficile ?*
- *Les deux, parce qu'on lui demande si ça va, elle me dit : "Il y a de la neige là". On lui demande si ça va, elle me dit : "Il faut aller tout droit pour m'amener à l'escalier", alors que c'est le mur devant. Ou alors, on ne sait pas parler avec.*

De même, il n'est pas prévu que le patient implique personnellement le soignant dans le soin, qu'il mette en évidence ses émotions. On attend une collaboration du patient également dans le maintien de la neutralité affective du soin. L'interpellation de Laura par les jeunes accidentés

de la route (*"Ils ne comprennent pas la distance"*) constitue ainsi une variante d'*indocilité*, de non-coopération dans le maintien du statut d'objet du patient⁴⁸.

La *complémentarité sexuelle* (une stagiaire/un patient ou un stagiaire/une patiente) est vecteur de sexualisation et donc d'ambiguïté de la relation. C'est un troisième critère de repersonnalisation.

Nous retrouvons ce critère dans la situation rapportée par Laura, mais aussi dans la situation réciproque vécue par Nicolas. Nous avons eu l'occasion d'assister Nicolas lors de la première toilette qu'il a réalisée sur un patient féminin. En plus de la difficulté liée à la complémentarité sexuelle venait s'ajouter la douleur et l'inquiétude de la patiente (il s'agit de la première toilette post-opératoire pour une patiente chez qui on soupçonne une récurrence d'un cancer des voies digestives). Nicolas n'est pas à son aise, il ne sait comment s'y prendre, il oublie le drap de malade, hésite sur la marche à suivre. Préoccupé par "son" soin, il est peu disponible pour la patiente. L'ambiance est lourde, au point que je me vois obligée d'intervenir et de dialoguer avec la patiente pour alléger la tension. Rétrospectivement, je demande à Nicolas de commenter ce soin.

- Et alors, par rapport à la dame ici, qui avait l'air de ne pas être bien, qu'est-ce que ... Tu te souviens un peu dans quel état d'esprit tu te trouvais pour faire cette toilette ? Est-ce que tu dis : "je suis calme, je veille à 36.000 trucs", ou bien c'est stressant, ça te donne aussi chaud qu'elle, ...
- *C'est stressant. P't-être pas aussi chaud, mais c'est stressant, oui. On se demande "Qu'est-ce qui ne va pas aller ?", "Qu'est-ce qu'elle pense, à quoi est-ce qu'elle pense ?". Parce que c'est vrai qu'une femme, se faire nettoyer par un homme, c'est quand même quelque chose. Même le contraire ?*
- Je ne sais pas.
- *Moi, j'ai l'impression qu'une femme ...*
- Ça fait de la différence ?
- *Oui, beaucoup, c'est plus intime une femme.*
- Ici, c'était la première fois que tu te retrouvais dans cette situation-là ?
- *Avec une femme, oui*
- Tu ne t'en es pas tellement mal tiré !
- *Ça a été, oui, tout est propre.*

Prodiguer des soins intimes à un patient de l'autre sexe porte toujours en germe le danger d'une sexualisation de la relation, ce sont donc des situations relationnellement plus complexes que celles où des soins sont prodigués à des patients de même sexe.

Jessica explique :

- *Mais souvent, les femmes, comme on est des filles, on est là, à la limite, leur intimité, elle s'en foutent. Elles disent : "Ecoutez, ça change rien, que j'aie un drap sur moi ou que je sois toute nue, il fait chaud à l'hôpital", donc ...*

Toutefois, selon Rajablat, le problème ne se pose pas exactement dans les mêmes termes pour un soignant masculin ou féminin. *"Les hommes sont unanimes, il est plus aisé pour eux de laver un*

⁴⁸ Ce patient repersonnalise aussi le *soignant*, lui attribuant des émotions, nous y reviendrons dans la partie relative au rôle de l'uniforme à l'hôpital.

homme qu'une femme. Ils ont alors une fonction d'entraide. Les infirmiers, lorsqu'ils font une toilette à un homme, sont des frères. Si j'extrapole, lorsqu'ils font la toilette d'un enfant, ils sont des pères. Mais face à une femme, par contre, ils sont des hommes, aussi dans ces cas-là délèguent-ils aux femmes. Les femmes, elles, pour la plupart, n'ont aucun mal à laver les personnes dépendantes. Elles sont dans leur fonction : la fonction maternelle. Les difficultés surviennent pour elles précisément lorsqu'elles sortent de cette sphère, ou qu'on cherche à les en faire sortir" (Rajablat, 1999 : 94).

La proximité en terme d'âge favorise l'identification du jeune soignant à son patient, c'est un quatrième critère de repersonnalisation de la relation. Lorsque le soignant se reconnaît dans son patient, l'objectivation est plus difficile. Pour un jeune stagiaire, les relations avec des adultes peuvent également problématiques. C'est ce que Laura explique : elle voit en la patiente sa propre mère. C'est une variante d'identification.

- Et par rapport aux personnes, comment ça se passe ?
- *Bien.*
- Y a pas des soins plus compliqués, plus embêtants ?
- *Y a quelqu'un ce matin, j'étais mal à l'aise, c'était une dame, je crois qu'elle a 29 ans, et c'était une abdominoplastie etc. et c'était Bérengère qui faisait sa toilette, mais je voyais, elle était toute nue, moi j'osais pas regarder, je ne sais pas, elle était vraiment avec ses cinq redons qui sortaient de partout, avec des cicatrices partout, de tous les côtés. Je me disais : "la pauvre femme, elle doit avoir mal". Alors, moi j'attendais parce qu'il y avait la dame qui était dans la salle de bain, je ne savais pas où attendre. Alors je me dis : "J'ai l'air conne, parce que je fais rien et je la regarde". Je suis sortie, j'ai attendu, je n'allais pas aller dans la salle de bains non plus. Sinon, le contact avec tout le monde va bien, je ne me sens pas mal à l'aise. Sauf quand y a des personnes, je me dis : "Allez, ils ont 45 ans, c'est l'âge de ma mère", alors j'essaie de me remettre à la place des personnes. Souvent, avec les personnes âgées, on a tendance à "c'est une vieille, c'est pas grave, quoi", on passe plus vite, quoi, on s'arrête moins à des petits détails, tandis qu'une femme de 45, ou même de 20 à 45 ans, elle fait plus attention à ce que sa robe de nuit soit bien mise, que le redon ne traîne pas par terre, chez une personne âgée, on ne fera pas attention à ça, quoi."*

Nicolas explique également qu'une des situations les plus difficile est celle de soins à des patients qui sont très proches et en qui on se voit comme dans un miroir :

- *Ce que j'aime encore le moins faire, c'est ... c'est les toilettes. Je les fais, mais, à choisir, je préférerais faire autre chose qu'une toilette.*
- Et pourquoi c'est désagréable ?
- *C'est pour l'intimité de la personne. Moi, je n'aime pas, je n'aime pas. Si il faut, ben il faut, que la personne, elle se lave, mais, je sais pas ... Je suis gêné (rires), gêné vis-à-vis de la personne, surtout.*
- Même si c'est un homme, ou quelqu'un de ton âge ?
- *Oui, surtout quelqu'un de mon âge! Ça, j'en ai pas encore eu, mais j'espère ne jamais en avoir.*
- C'est vrai ? C'est plus dur quand c'est quelqu'un de ton âge ?
- *Ah, oui!*

La conjonction entre la complémentarité sexuelle et l'identification par l'âge, parce que c'est la situation qui présente le plus d'homologie avec une situation d'interaction sexuelle est le soin le plus difficile à réaliser. *"La toilette est un soin d'autant moins simple qu'elle mobilise avant tout*

le toucher. Or, que nous le voulions ou non, le toucher déclenche une érotisation du processus thérapeutique en mettant l'accent sur la sensorialité et l'éprouvé corporel" (Rajablat, 1999 : 9).

- *(Jessica) Sinon, les hommes, heu. Cela ne me dérange pas, hein. Je communique autant bien avec un homme, mais une fois que ça arrive à la partie intime, c'est différent quand même. Je ne sais pas.*
- *C'est vrai ?*
- *Surtout, enfin les personnes, les messieurs âgés, ça va. Mais, allez, entre, on va mettre une fourchette d'âge, je ne sais pas. Disons, 60 ans, je suis un peu mal à l'aise, même 50 ans.*
- *Tu as peur que ça soit mal interprété, ou que ...*
- *Encore l'autre fois. Oui, encore une fois que j'ai été mal à l'aise. Cela y est. Le monsieur à X qui était paralysé du dos. J'avais dû faire sa toilette au lit. Il avait 34 ans. C'était au matin. Hop le bazar ! Hop le monsieur tout mal à l'aise, moi aussi. Alors je lui ai donné le gant de toilette ...*
- *Mais tu avais déjà commencé la toilette ?*
- *Oui, oui, oui. Alors, heu, comment, je lui ai donné le gant de toilette et je lui ai dit : "Ecoutez, lavez-vous vous-même et puis j'ai été faire semblant, enfin non j'ai pas fait semblant, j'ai été dans le cardex remplir et tout ça, puis je suis retournée près de lui. Mais il était autant mal à l'aise que moi parce que du fait de notre âge, quoi. Je ne sais pas, il avait 34 ans, mais déjà il faisait un peu plus jeune, alors je ne sais pas, ...*
- *Et vous en avez reparlé après ?*
- *Non, non. Mais, il m'a dit, il était gêné. Mais je lui ai dit : "Ecoutez, c'est la vie, et, en plus c'est le matin, c'est pas grave, faut pas être gêné". Mais, moi, j'étais gênée quand même. Non, non, on n'en a pas parlé.*
- *Donc, tu as essayé de lui montré que tu n'étais pas gênée et voilà ?*
- *Oui, mais j'étais gênée quand même. Alors, je lui ai dit : "lavez-vous", parce que laver, je sais pas ...je ne sais pas, c'est l'âge qui faisait que ... Sinon, le petit monsieur, beh, c'est pas grave. Le petit monsieur, ça va quoi !*
- *Tu n'as jamais d'événement avec les vieux messieurs ?*
- *Non. Si j'en ai déjà eu. Mais, je ne sais pas, les petits vieux ça ne me fait rien. Mais lui, je ne sais pas, il était plus jeune, ... enfin, c'est l'apprentissage qui viendra, hein.*

Par contraste, la personne âgée, en revanche, est décrite comme un patient à propos duquel la situation n'est guère problématique. La personne âgée est la figure du patient qui correspond le mieux à l'image du mannequin.

Reprenons l'interview de Laura :

- *Tu sens fort la différence ?*
- *Enorme. Entre une personne âgée et quelqu'un de normal, enfin, normal, ...*
- *Par exemple si une personne âgée n'est pas bien coiffée ...*
- *Non, c'est même pas ça, mais par exemple, la personne de 80 ans, déjà dans sa maison de repos, elle faisait pas sa toilette seule, donc là, on continue, on fait pas sa toilette ... Ça fait un bout de temps qu'elle fait plus sa toilette seule, tandis que la femme de 50 ans, chez elle, elle fait sa toilette seule, mais là, c'est pas possible, donc, j'essaie de faire comme si c'était moi. Disons que la personne âgée a l'habitude, c'est moche à dire hein, l'habitude que ce soit une infirmière qui la lave, ou une aide soignante, ou n'importe qui, tandis que la femme de 45-50, pas. Donc, on a tendance à poser : "ça va, je ne vous fais pas mal, est-ce que c'est bien sec ?". Chez la personne âgée, on posera pas ces questions-là : on frotte, on essuie, on lui*

demande pas si c'est sec. De toute façon, une fois sur deux elle va répondre oui, ou si ça se trouve, elle répondra pas, ou elle répondra : "c'est vous qui voyez".

- La personne âgée s'est installée, déjà dans un certain rôle ?
- *Oui, elle fait moins attention à son physique.*

Ou encore, plus loin :

- *Mais moi, je suis très mal à l'aise des fois, j'espère que ça va passer, c'est devant des gens qui sont encore vraiment autonomes, qui sont encore vraiment dans la vie de tous les jours autonomes, qui ... Parce que j'essaie de me mettre à leur place, c'est vraiment très frustrant, des choses comme ça, ou des femmes qui viennent pour une abdominoplastie ou des choses comme ça. Des femmes ou des hommes déjà beaucoup plus vieux, qui ont une assistance chez eux que les gens qui ont 40-45 ans, qui savent normalement se débrouiller; eux sont mal, moi aussi je suis mal.*

Le patient âgé est totalement dépersonnalisé : il porte peu à l'identification par l'âge, il n'est plus supposé exprimer de désir sexuel, ni même de désir en particulier, il se montre généralement docile et endurant par rapport à la douleur. Ce n'est plus une personne "*normale*", dit Laura. C'est l'objet par excellence, la figure inverse des jeunes accidentés de la route. Entre les deux se trouvent toutes les variantes possibles de la *distance* dont parlait Laura, et plus le patient est *distant*, loin d'une figure humaine, personnalisée, plus les soins paraissent faciles. En revanche, plus la situation de soin combine de critères de repersonnalisation, plus elle est complexe à assumer pour le stagiaire.

• Conclusions et nuances

En définitive, quel bilan pouvons-nous tirer des interactions entre les stagiaires et les patients dans les soins touchant à l'intime des corps ?

Dans certains cas, le patient est objectivé et se voit attribuer un statut analogue à celui du mannequin. Et dans ce cadre, les difficultés de communication n'ont même pas lieu d'être, du point de vue du stagiaire. En d'autres termes, nous dirions que ce qui pose problème dans ces situations, c'est que l'étudiant ne ressent pas les problèmes ou difficultés qui sont manifestes pour les observateurs.

Dans d'autres cas, pour des motifs divers, le patient est repersonnalisé, et la situation est ressentie comme difficile ou désagréable pour le stagiaire. Les facteurs de repersonnalisation sont nombreux, ce qui revient à dire que finalement, les situations où le soignant novice se débrouille par l'objectivation du patient sont plus l'exception que la règle. Face à ces difficultés finalement fréquentes, le stagiaire généralement est démuni, et les compétences relationnelles lui permettant de vivre ces situations lui font défaut. Les moments de communication agréables rapportés par les stagiaires se situent pratiquement toujours en dehors des soins (le bavardage de l'après-midi) et sont évalués uniquement comme satisfaisants du point de vue du soignant, et non du patient (autocentrés). Ce point est particulièrement préoccupant, car il revient à dire qu'il est peu fréquent, pour un étudiant, de trouver de la satisfaction dans un rôle complet et complexe de soignant.

Par rapport à cette trame générale de faiblesse des compétences relationnelles des étudiants et de leur relative insensibilité à ces questions (liées à la hiérarchisation des soins, nous en avons

déjà parlé), deux nuances importantes méritent d'être soulignées. Tout d'abord, le fait que tous les étudiants ne se positionnent pas de la même manière par rapport aux relations envers les patients, ensuite que l'enjeu relationnel évolue fortement au cours de l'année : alors qu'il est quasi totalement absent des interviews du premier stage, ce thème apparaît chez plusieurs étudiants à la fin de l'année.

Détaillons ces deux aspects.

o Une attitude autocentrée ou hétérocentrée

Nous avons donc observé des attitudes différentes de la part des étudiants par rapport à ces situations d'interaction difficiles. Jusqu'à présent, les situations que nous avons pointées dans les interviews d'étudiants étaient des situations dans lesquelles le malaise était ressenti par l'étudiant : il exprimait en quoi la situation était difficile ou pénible *de son point de vue*.

Le discours de Jessica et de Laura n'est pas construit de la même manière. A côté du malaise du soignant, Laura et Jessica évoquent également le *malaise du patient*.

- *J : J'avais une fille de treize ans là...*
- *J : Ouais, pour sa poitrine...*
- *L : J'étais mal à l'aise, enfin, mal à l'aise, non, là, parce qu'elle était plus jeune que moi, donc, ça allait : elle s'était fait une fracture du coude, donc, le bras qui était vraiment tendu, le bras vraiment perpendiculaire. Donc on va faire sa toilette, elle avait un redon qui la suivait donc ici, et alors, au lavabo, on s'assied, je lui fait son visage, ça, ça allait elle me dit : "Je suis vraiment mal à l'aise, ma poitrine, je voudrais bien la faire toute seule". Je ne sais pas comment elle a fait, elle a posé son bras sur l'évier, elle était vraiment pliée en deux, parce qu'elle ne voulait pas que je la vois, ce que je peux comprendre, une fille en pleine puberté!*
- *J : Ses seins sont pas encore tout à fait formés*
- *L : Donc, elle se lavait comme ça, elle s'est essuyée toute seule, après, j'ai fait ses jambes moi-même, puis arrivée à la toilette intime, rebelote, mais là, il fallait se mettre debout. Je dis : "Ecoute, si tu veux que je le fasse", "Oui, il va bien falloir". Je dis : "Ecoute, non, je vais tenir ton bras". J'étais un peu... je me tournais, pendant ce temps-là, je lui tenais le bras, mais non, son bras gauche, mais elle était vraiment mal à l'aise, je la voyais mal à l'aise, j'avais envie de dire "Mais c'est pas grave!". Après, ça a été, je lui ai fait une tresse africaine, mais elle était toute ..., elle s'était vraiment toute pliée en deux pour ne pas que je la vois, mais je n'étais pas non plus en train d'observer!*
- *Mais c'est plutôt l'exception, les gens qui sont dérangés ?*
- *L : Mais je comprends qu'une fille de treize ans soit dérangée, une femme de 40-45 ans,*
- *Généralement, ça se passe bien ...*
- *L : Oui, ça se passe bien, je le voyais bien, elle disait : "Je peux pas attendre que ma maman arrive pour me laver ?". Le médecin est arrivé, je dis : "Ecoute, c'est pas grave."*
- *J : ben moi, j'aurais été à sa place en tant une fille de treize ans, j'aurais préféré qu'une infirmière de 50 ans, qu'une jeune.*
- *L : moi pas*
- *J : Tu vois, dans ma tête, je peux me dire, ouais, elle va voir mes petits défauts, c'est comme quand on est jeune, souvent, on se critique l'un l'autre, ouais, moi, je me serais dis ça, personnellement, ...*
- *L : Mais elle a treize ans*
- *J : Ouais, je ne sais pas, hein, ce n'est qu'un avis.*
- *L : Enfin, je ne sais pas ce qu'elle a pensé de moi...*

Cet épisode est l'un des rares dans lequel les stagiaires se centrent sur les émotions du patient : *"Qu'est-ce qu'il ressent, qu'est ce qu'il pense de moi, de ma manière d'interagir avec lui ? Comment rendre la situation moins pénible pour lui ?"*

Les préoccupations communicationnelles des étudiants concernent habituellement le choix des "ressources sûres", elles sont *autocentrées* : *"En quoi la communication avec le patient peut-elle soulager la tension ou le malaise ressenti par le soignant ?"*. En revanche, chez Jessica et Laura, nous observons un questionnement sur des compétences de communication que nous avons appelées *hétérocentrées* : *"En quoi le comportement du soignant dans l'interaction peut-il améliorer la qualité du soin dispensé au patient ?"*.

Cette attitude différente par rapport à la relation au patient permet apparemment de vivre les interactions de manière moins problématique. Dans les moments plus strictement conversationnels, l'attitude *hétérocentrée* de Jessica annule la question des "ressources sûres" qui angoisse tant les autres stagiaires.

- Et le plus gai, jusqu'à présent ?
- *Moi, c'est la communication avec les personnes, j'aime bien. (...) Ben je ne sais pas, ça fait plaisir quand ils sont gentils, et qu'ils se confient à nous. Moi, j'aime bien aller parler avec les personnes, je ne sais pas quoi dire d'autre.*
- Ca veut dire quoi, qu'il t'arrive de rester dans une chambre ?
- *Oui, après la toilette, ça m'arrive de rester un quart d'heure, de parler avec la personne, si évidemment je n'ai pas prévu de faire autre chose. Mais, non, moi, j'aime bien la communication. Evidemment, il y a des personnes qui ne sont pas très gentilles, qui ne sont pas contentes d'être là, pour qui ce n'est pas facile ...*
- Et on parle de quoi avec les personnes ?
- *De tout et de rien. Souvent avec les personnes âgées, elles parlent de leurs petites histoires quand elles sont chez elles.*
- *(Laura) : C'est quand même difficile de parler avec une personne, par exemple, qui fait ... parce qu'on parle souvent de leur jambe, si c'est pas trop douloureux, alors, évidemment, chez quelqu'un qui fait une prothèse mammaire, ou qui fait une abdominoplastie, c'est encore plus délicat. C'est des gens qui se font soit augmenter les seins, ou diminuer les seins, souvent, ils ne le disent pas à tout l'entourage.*
- *J : Et puis même, s'ils le font, c'est qu'ils sont mal dans leur peau, c'est qu'ils n'aiment pas leur corps, d'être comme ils sont.*

La formulation des phrases de Jessica laisse à penser que l'initiative du contenu de la conversation est au patient, elle "laisse venir" : *"Ils se confient à nous", "Ils racontent leurs petites histoires"*. Centrée sur le patient, Jessica ne cherche pas à savoir "de quoi parler", à contrôler la situation. Pour reprendre les termes de Lawler, il s'agit de *"parler avec eux, et pas leur parler"*. Jessica est également la seule qui intègre à sa réflexion le rapport du patient à son propre corps, au-delà de la seule dimension de la douleur.

Cela ne signifie pas que Jessica ne rencontre jamais de difficulté dans les soins, mais elle développe par rapport à ces situations des stratégies de métacommunication que l'on observe peu chez d'autres stagiaires :

- Et par rapport aux patients, il y a des patients ou des situations avec des patients où ...

- *Où j'étais mal à l'aise ? Beh, tu sais, franchement en trois jours, je ne vois pas. Non. Non, moi, dès que je sens qu'il y a un petit malaise entre moi et le patient, j'essaie toujours d'enlever ça, quoi.*

A l'inverse d'autres stagiaires, les facteurs de dépersonnalisation du patient (tel qu'un état comateux) constituent des difficultés pour Jessica.

- *Donc, c'est un bon moment, une toilette ?*
- *Oui, moi j'adore. Surtout avec les personnes qui parlent beaucoup. Avec les personnes qui sont à la limite comme des plantes, je crois que j'irais plus vite à la laver parce que je serais un peu plus mal à l'aise, enfin ... Moi, j'aime bien parler.*
- *Oui, c'est plus gai si la personne communique.*
- *Oui, ça c'est génial. Moi, j'adore. On apprend des choses et puis je ne sais pas. Moi, j'aime bien. C'est enrichissant.*
- *Et si la personne est plus ... si la personne est plus déprimée, qu'elle te, enfin ... ?*
- *Et bien justement, moi, j'essaierai de la consoler, je ne sais pas moi j'aime bien de m'occuper des gens.*
- *Ça ne te dérange pas qu'elle ?*
- *Non, moi j'ai déjà eu des personnes âgées qui m'ont pleuré dans les bras, ça ne me dérange pas du tout. Justement, j'aime bien les consoler. Cela m'est déjà arrivé, au tout début, maintenant, au point de vue communication, ça va bien. Parce que, je crois que c'est mes deux années d'avant, surtout en maison de repos qui m'ont aidée. Mais, heu, c'est vrai qu'au début, je me souviens, une personne m'avait pleuré dans les bras, je ne savais pas quoi lui dire. Mais, je lui ai dit, quoi ! Je lui ai dit : "écoutez madame, je ne sais pas quoi vous dire. Je ne sais pas comment vous aider". Sinon, maintenant, j'essaie. J'essaie de rassurer la personne. De faire ce que je peux, quoi. Cela ne me dérange pas. Je ne sais pas. Et bien voilà.*

Une autre anecdote observée dans les activités de Laura relève de la même logique. Laura prend la tension d'une patiente. La tension est fort basse. Laura demande : *"Vous n'avez pas la tête qui tourne ?"* *"Non"* *"Sure ?"*. Cette situation est l'un des rares cas où j'observe une stagiaire intégrer données objectives et perceptions subjectives du patient dans l'interprétation de la situation. Le patient existe comme personne : le chiffre indiqué par sa tension incite à prendre soin de lui et doit être confirmé par une donnée subjective. Laura "tient compte" du patient dans la prise de paramètres (*"il dort, je repasserai"*), là où Elise ne voit aucun problème soit à réveiller le patient, soit à prendre ses paramètres tandis qu'il dort.

o Une évolution en cours d'année

La seconde nuance que nous abordons est l'évolution des préoccupations centrées sur le patient comme sujet au cours de l'année.

Souvenons-nous que lors du questionnaire rempli en tout début d'année, les motivations des étudiants au choix du métier tournaient en grande partie autour des dimensions relationnelles⁴⁹. Puis ces préoccupations disparaissent en grande partie lors du premier stage, dans lequel les dimensions techniques tiennent la vedette. Mais au moment de la quatrième interview, qui

⁴⁹ Spontanément, 32% des étudiants disaient spontanément avoir choisi ce métier pour "le côté social", "la communication", "le contact avec les patients", 45% des étudiants disaient se réjouir du contact avec les patients,

constitue une sorte de regard évaluatif sur l'ensemble de la première année de formation, les enjeux relationnels reviennent en force sur le devant de la scène.

Ils sont exprimés par des étudiants qui développaient déjà une attitude plus empathique et centrée sur le patient, tels que Laura ou Jessica, mais chez d'autres étudiants aussi, comme Nicolas.

Ce changement d'attitude est spectaculaire chez certains étudiants comme Nicolas :

- Et quels sont les meilleurs moments, jusqu'à maintenant ? Ce que tu aimes le mieux faire, ou ce qui est le plus chouette ?
- *Le plus chouette ? Ce que j'aime le mieux faire, moi, c'est encore prendre les paramètres après midi. Ça me plaît bien, parce qu'on peut parler avec les patients, on peut communiquer avec eux, ...*
- (rires de ma part, parce que Nicolas trouvait auparavant que je parlais beaucoup avec les patients et qu'il ne me comprend pas)

Malheureusement, la plupart du temps, comme dans le cas de Laura ou de Nicolas, c'est pour poser un constat amer sur le fonctionnement des services, ou sur les lacunes de leur formation.

- *(Laura) Je ne vous ai pas raconté l'histoire du monsieur qui ... ? Enfin, l'infirmière qui voulait le mettre au lit à deux heures et demi ? C'était le soir où il y avait Maguy et l'autre, une autre vieille [infirmière], ...*
- Mais si, j'étais là, elles ne voulaient pas le faire elles-mêmes, elles voulaient que ça soit fait avant qu'on s'en aille!
- *Moi, j'ai trouvé ça dégueulasse, j'en ai parlé aux autres, elles m'ont dit : "T'aurais jamais du le mettre au lit, t'es folle ou quoi ?". Ben oui, ...*
- Enfin, il était peut-être plutôt trois heures et demie plutôt que deux heures et demie ...
- *Oui, mais même, les soupers sont à quelle heure ? A cinq heures et demie. J'ai trouvé ça vraiment ... mais triste! Mais c'est comme ça tout le temps. Une dame qui va, enfin, qui est décédée dans le service la dernière semaine, ben, ils ne lui donnaient pas à manger. Je trouve ça outrant.*
- Comment, ça, on ne lui donnait pas à manger ?
- *Ben on ne lui donnait plus à manger depuis quatre jours.*
- Elle avait un gavage, alors ?
- *Même pas. Elle buvait plus, elle mangeait plus, elle était toute recroquevillée sur elle même, plus rien, et voilà, personne ne s'inquiétait, de toute façon, elle allait mourir.*
- Tu veux dire qu'il n'y a pas eu d'accompagnement de cette personne ?
- *Rien, rien du tout. Déjà, je n'ai pas vu de famille, elle n'avait pas beaucoup de chance. Rien, c'est ça qui m'a rendue malade.*
- Et vous, vous n'aviez pas envie d'aller dans cette chambre ?
- *Mais si, on est allé, parce qu'un jour, Cindy quand même est allée faire sa toilette avec une de deuxième, elles ont quand même fait un bain de bouche, elles ont quand même essayé de la rafraîchir un peu. Mais bon, la dame, de toute façon, le soir, elle est décédée, quoi. C'est comme madame P., elles en avaient marre, elle demandait la panne tout le temps, ben finalement, on l'a sondée, parce que c'est plus facile. Comme, ça, ça m'a dégoûtée, la dame que j'avais prise pour mon TAPPSI, elle avait très dur à aller sur la panne, parce qu'elle avait un problème à son dos, "ah, on va la sonder, alors!". Alors que, finalement, on a trouvé le truc, il suffisait de tout simplement mettre un essuie sur la panne, comme ça c'était plus mou et elle savait aller à la toilette, on n'a pas du la sonder,*

puis finalement, je ne dis pas que c'est grâce à moi, mais on a su la mettre sur la panne et puis voilà: Et puis au début, c'était une dame, on la laissait au lit, la monitrice m'a dit : "Ah, ben on va la lever". De fait, finalement, elle était assise, et elle savait aller sur la chaise percée, si ça tombe, on allait la sonder, et après ça, elle n'a plus la sensation d'aller à la toilette, elle est incontinente ...

- *Donc, il y a des trucs qui t'ont choquée ?*
- *Il y a une dame, un jour au matin, je lui demande : "Comment ça se fait que vous avez un lange ?" Elle me dit : "J'ai sonné toute la nuit, et il n'y a personne qui est venu, alors j'ai fais pipi plein dans mon lit, et alors, après, on m'a mis un lange". Ça, moi, ça me! Ok, elles ont peut être plein de boulot la nuit, et qu'elles sont toutes seules, mais ça, je sais pas, quoi!*
- *Tu n'as pas envie de devenir comme ça, toi ?*
- *Ça, ça me fait peur, parce que je me dis ... Parce qu'il y en a très peu qui ne sont pas comme ça. Je me demande si je ne vais pas devenir comme ça. J'en parlais avec ma sœur, elle me dit : "ça ne tient qu'à toi". Oui, mais bon, c'est peut-être une déformation horrible du métier. Mais je ne crois pas. Je ne serai pas comme ça, déjà, je ne veux pas travailler à l'hôpital, donc ça ne sera pas comme ça. Voilà.*

Si nous essayons de découper en séquences analytiques le cheminement des étudiants, il nous semble que tout se passe un peu comme dans un premier temps, les étudiants sont confrontés à leur *"largage"*, et mobilisent l'essentiel de leur énergie à l'adaptation aux unités de soins, à ce moment, il ne leur est pas possible de se décentrer pour se rendre disponibles aux patients. Dans un second temps, lorsque les premiers repères sont installés, ce sont les actes techniques, plus gratifiants et pour lesquels ils sont mieux préparés, qui ont leurs faveurs. Ce n'est que dans une étape ultérieure, dirait-on, qu'ils ont suffisamment d'aisance et de familiarité pour élargir le champ de leurs préoccupations vers des enjeux relationnels.

A la fin de son second stage, Nicolas revient sur les différences entre le mannequin et le patient :

- *Tout est stressant à l'hôpital!*
- *C'est vrai ?*
- *On a peur de mal faire.*
- *Tu trouves que les stages sont stressants ?*
- *Mmmm.*
- *A cause de la peur de mal faire ?*
- *Oui, c'est ça, en fait. Mais sinon, ça va. On nous a tout appris ici à l'école. On arrive là-bas, évidemment, c'est autre chose parce que c'est avec quelqu'un, mais ...*
- *Et qu'est-ce que ça fait comme différence que ce soit avec quelqu'un ?*
- *C'est quelqu'un qui parle, déjà. C'est quelqu'un qui peut avoir ... mal. Ce n'est pas comme le mannequin, lui, il n'a pas mal, le réniforme, il n'a pas mal non plus, il ne dira rien!*

Nicolas raconte aussi un événement qui l'a fort marqué lors du second stage :

- *(Nicolas) Au début, je me disais : "Les cours, ça sert à rien, il faut faire que de la pratique". Ça, c'est ce que je me suis dit à X. Maintenant, je commence un peu à me dire : "OK, il faut plus de pratique qu'on en a maintenant, mais il faut aussi avoir certains cours de psychologie et tout ça", parce que, c'est vrai qu'on ne sait pas toujours quoi ...*
- *Par exemple ?*

- *Ben pour les besoins, quoi. Déjà rien que pour les besoins, je n'y vais pas souvent, mais quand j'y vais, j'apprends des trucs. Pour la personne dans son lit, quoi.*
- *Il y a des cours qui t'ont manqués, ou tu t'es dit : "ça, ça m'aurait plus aidé" ?*
- *Oui. (...) La psycho, on n'en a pas assez, et on apprend sur les enfants. Mais ça, enfin, moi ...*
- *Ça ne t'aide pas.*
- *Pas du tout.*
- *Il y a des situations avec les patients dans lesquelles tu t'es dit : "Je sais pas quoi dire", ou ?*
- *Quand, ... j'avais un patient, ça, ça m'a aussi marqué, cette semaine, c'était hier, il y a une personne qui est morte. On était dans la salle de garde, et ça sonnait, l'infirmière est allée voir et il était mort. Ça, ça m'a marqué, parce que, il m'avait dit, le vendredi passé : "Je suis vraiment bon à rien". Et je ne sais pas quoi lui répondre. Je dis : "ben si, hein!". "Ah, bon", qu'il me dit, "et à quoi ?". Il était aveugle, il était alité, alors, ça, pour répondre quelque chose à ça, je ne sais pas ce qu'il faut dire!*
- *Ça t'est tombé dur ?*
- *J'ai fait semblant de pas comprendre : "Quoi ? Quoi ?" Et puis voilà.*
- *Et là, tu t'es pas senti bien ?*
- *Mais là, qu'est-ce que vous voulez faire ? Qu'est-ce que vous auriez dit, vous ?*
- *Je ne sais pas, Nicolas.*
- *"Je suis bon à rien". Ben oui, ben! Je vais lui dire : "ben oui, t'es bon à rien" ?*
- *Et là, tu as regretté qu'au cours, on n'ai pas pu aborder ça ?*
- *Voilà. Oui, parce que, j'ai vu, franchement que son état se dégradait. Lundi, j'ai vu qu'il ne parlait plus, qu'il ne mangeait plus et tout. C'est peut-être à cause de ça qu'il est mort, d'ailleurs. Dépression. Parce que moi, je suis sûr que la mort (tiens, on va parler de la mort, maintenant!), on la choisit. On choisit de mourir ou pas.*
- *Tu trouves qu'il s'est laissé aller, à un moment ?*
- *Oui.*
- *Il a abandonné.*
- *Oui. Il s'est dit en lui même : "C'est fini, moi, maintenant, j'arrête". Ça, je suis sûr que la mort, on choisit ou pas. Quand on est vraiment vers la fin, on sait ...*
- *Et tu regrettes de ne pas avoir trouvé quelque chose "d'intelligent" à dire ...*
- *Ben oui! Je ne sais même pas quoi dire, je ne vois vraiment pas quoi dire. Et j'ai cherché, hein!*
- *On a le cerveau qui travaille à tout vitesse, à ce moment-là ?*
- *Là, oui, plus que pendant un examen! (rires) 'Qu'est-ce que je vais dire, qu'est-ce que je vais dire ?'*
- *Et est-ce qu'il y a des personnes ou des endroits, que ce soit avec des monitrices, ou avec des personnes du service, où on en parle, ou on peut dire : "voilà, je me sens coincé" ?*
- *Non. Non, parce que, le personnel, on a déjà peur de leur demander où se trouve le papier toilette, alors, on va pas leur demander : "qu'est-ce que je dois dire à quelqu'un qui ...?"*

Cette évolution vers des questions relationnelles est moins flagrante chez Elise ou Géraldine, mais la réponse des étudiants à la toute dernière question que nous leur avons posée est remarquable d'unanimité. Nous avons demandé à chaque étudiant, à la fin de la quatrième interview, de nous décrire les qualités de l'infirmier idéal selon lui. Voici leurs réponses :

- *(Elise) Qu'elle soit à l'écoute des patients. Qu'elle soit à l'écoute du patient, qu'elle ait une bonne communication avec les gens.*
- *C'est le plus important, ça ?*

- Oui.
- (Géraldine) Premièrement, il faut qu'elle ait beaucoup de patience, parce que, parfois, avec les patients, on en voit de toutes les couleurs, on se fait engueuler par la famille, ou même par les patients, ou... Il faut aussi, oui parce qu'il y a des patients qui sont super-exigeants, parfois t'en sors pas dans ton boulot, t'as plein de trucs à faire, faut avoir une bonne patience, il faut avoir beaucoup de rigueur dans ton travail, j'entends par là bien organisée. Par exemple, allez, tu vas faire quatre toilettes sur ta matinée, t'as deux patients qui doivent faire des examens, ben tu vas d'abord faire tes patients qui ont des examens avant de faire les deux autres, donc il faut quand même un peu une bonne rigueur de travail, et puis il faut aussi, euh, je ne sais pas comment ça s'appelle, il ne faut pas chômer, en fait. Tu vois, on a plein de travail, donc, il faut, ... pas se dépêcher non plus, mais il ne faut pas traîner, quoi.
- Donc, être bien organisée et être patiente, ça te semble les deux choses importantes. Et tu trouves que les infirmières en général ont ces deux qualités là ?
- Ça dépend. Moi, à X, J'ai trouvé que les infirmières, c'est pas pour jeter des fleurs à madame B. [la chef de service], mais madame B., c'est une infirmière super-géniale. Premièrement, elle a de la patience! C'est admirable la patience qu'elle a. Puis elle est très, très bien organisée dans son travail. (...)
- Donc, plus tard, ça te plairait de ressembler à madame B. ?
- Oui, franchement, oui, elle est bien organisée, et en plus, elle est super gentille avec les patients, elle prend le temps de les écouter, de communiquer. Avec eux, elle a beaucoup de patience. En fait, on voit bien qu'elle adore le métier qu'elle fait à la manière dont elle travaille et dont elle s'occupe des patients, elle est très bien pour ça, quoi.
- (Jessica) Oh, il y en a une, bon, elle était aide-soignante, mais du point de vue de sa communication, elle était d'une gentillesse avec les patients! Je trouvais qu'elle était magnifique! C'était Lydia, ben vous l'avez vue, elle était géniale, cette dame. Et puis, même par rapport à moi, elle ... Je faisais une faute, elle ne m'enguirlandait pas, elle me disait : "Voilà, tu as fait ça comme faute, prends-en conscience", Voilà quoi, elle était vraiment sympa, quoi. Mais pour une infirmière, les meilleures qualités, je trouve que c'est surtout l'écoute, l'observation, et être bonne aussi point de vue pratique, surtout respecter les mesures d'asepsie, ça c'est très important.
- Mais, le tiercé, tu mettrais d'abord écoute et
- Observation. Observation, parce que s'il y a un patient qui se plaint, observer les signes, c'est important, pour pouvoir déceler, pouvoir en parler au médecin ...
- Et tu dirais que, globalement, les infirmières que tu as rencontrées, elles ont ces qualités-là, ou c'est plutôt des perles rares ?
- Ben, ça dépend, en fait. Il n'y en a pas ... Y en a ... Moi, je dirais qu'il y a deux types d'infirmières, il y a celles qui sont chouettes, qui sont à l'écoute du patient, qui sont ... enfin, qui sont bien point de vue pratique, et il y a celles qui sont tout le temps désagréables, même par rapport à nous les stagiaires, on est mis comme ça sur ... On n'est même pas pris en charge ...
- Ça, ça t'a laissé des mauvais souvenirs ?
- Oui! Moi, je crois que c'est dans tous les services, de toute façon. Et puis, il y en a qui sont plus pointilleuses que d'autres, enfin, chacun a sa personnalité, il faut de tout pour faire un monde.
- (Laura) Ben il y a une infirmière que franchement j'ai trouvé super. Ses qualités, c'est qu'un jour, ça, ça m'a vraiment fait bizarre, parce que ça n'avait rien à voir avec le reste

de son service, il était, je sais pas, moi, neuf heures, neuf heures et demie et on dit : "Voilà, on a finit les toilettes, qu'est-ce qu'on peut faire ?". Elle dit : "Cool, les filles, on se stresse pas, ça ne sert à rien de courir, pour de toute façon aller s'asseoir sur une chaise". Toutes les autres étaient assises à la cuisine sur une chaise en train de fumer leur clope, de boire leur tasse de café, raconter leurs vacances, quoi. Ça, je trouvais que c'était bien, elle prenait vraiment du temps, elle était dans la chambre, elle était assise, bon, elle nous disait ce qu'il fallait faire, mais elle parlait avec la patiente, elle lui demandait, c'était une petite dame charmante, ce qu'elle mangeait, que la diététicienne allait passer, enfin, vraiment, elle lui expliquait tout ce qu'il y allait avoir ... C'est peut-être le rôle du médecin, ça, j'en sais rien, mais bon. Elle lui expliquait vraiment tous les examens, toute la démarche, ce qu'elle allait avoir aujourd'hui, ce que c'était. Elle était vraiment très gentille avec elle, et ça, je trouvais vraiment bien: parce qu'elle expliquait, elle prenait le temps, elle était pas, elle écoutait vraiment la personne, elle faisait vraiment attention aux réactions de la personne. La p'tite dame, elle disait rien, elle était vraiment toute ... J'ai demandé un peu ce que c'était, je sais plus ce qu'elle avait comme examen, par exemple une coro, elle lui expliquait vraiment qu'est-ce que c'est, quoi. Et vraiment elle lui avait tout bien expliqué, qu'on allait lui donner un médicament avant. Ça, je trouvais que c'était bien. Et que, franchement, elle faisait les toilettes, que les autres ne faisaient pas, "je vais t'aider pour la toilette", "je vais t'aider pour le lit". Et ça, c'était bien, parce qu'avec elle, on apprenait, c'est avec elle que j'ai été faire mon I.M. Parce qu'elle nous prenait en charge, elle disait : "bon, ben voilà, on va faire ça". Ça, je trouvais bien. Parce qu'elle prenait le temps, et après il n'y avait pas de stress, quoi.

- (Nicolas) La patience. Il faut vraiment être patient, pour parler avec des gens qui, bien souvent perdent la tête, ou... C'est pas toujours évident non plus, quand on a quelqu'un qui stresse, qui sait plus ou sont ses affaires, il faut vraiment être patient. Ou même, avec des gens qui ont peur d'aller se faire opérer, il faut vraiment être patient. Il faut être calme, il faut jamais stresser, bien que parfois, il faut stresser quand même, mais, il ne faut jamais montrer au patient qu'on ... Parce qu'alors là, lui, il stresse aussi, et c'est la cata, quoi. Faut être doué, enfin, faut pas commencer à trembler, faut être, comment est-ce qu'on dit ? Habile ? Au niveau des mains, beaucoup. C'est peut-être une connerie, mais ça joue pour beaucoup. Et il faut avoir un esprit d'initiative.

En premier lieu, unanimement viennent les compétences relationnelles, auxquelles s'ajoutent des compétences organisationnelles (être bien organisé, avoir de l'initiative) et instrumentales (habile de ses mains).

Il semblerait que les étudiants réinvestissent sur la dimension relationnelle du soin à la fin de leur première année. On pourrait analyser cette réponse comme la reprise du stéréotype infirmier, une représentation mobilisée par les étudiants de manière déconnectée de leur expérience. Dans ce cas, il y aurait un hiatus entre les valeurs exposées dans le discours (préoccupations relationnelles) et les préférences concrètes (les actes techniques), hiatus que l'on peut d'ailleurs observer à d'autres endroits dans le milieu infirmier. Toutefois, les étudiants ne s'expriment pas en termes abstraits, ils ne répondent pas en référence à l'image d'un infirmier idéal virtuel. Tous les stagiaires se positionnent en référence à des infirmiers bien réels, à des situations qu'ils ont concrètement observées ou vécues. Ceci tendrait appuyer l'authenticité de leur réflexion. Notons également que si les étudiants décrivent des professionnels auxquels ils souhaiteraient s'identifier, ils décrivent aussi d'autres professionnels (souvent quantitativement plus nombreux, selon eux) qui incarnent les caractères inverses, et

cela interroge le corps infirmier : est-il normal que les étudiants se réfèrent à des professionnels qu'ils présentent comme étant plus l'exception que la règle ? Les jeunes soignants peuvent-ils ainsi développer une représentation et une identification fière de leur profession ?

On peut donc se réjouir qu'au terme d'une première année, les préoccupations relationnelles ne soient totalement laminées et émergent petit à petit comme caractéristiques du modèle infirmier auquel les jeunes soignants souhaitent s'identifier. On peut toutefois se demander si d'autres dispositifs pédagogiques ne pourraient développer cette sensibilité de manière plus efficace, plus épanouissante et plus enrichissante, tant pour les infirmiers et les patients que pour les stagiaires.

B. Toucher et sentir : le contrôle des perceptions

A la différence des situations apprises sur mannequin en classe, les situations de soins vécues à l'hôpital plongent les étudiants dans un monde d'images, de sons, d'odeurs venant de corps bien réels et qui touchent plus ou moins péniblement les stagiaires. C'est un aspect important du transfert du mannequin vers le patient.

Les difficultés liées aux perceptions olfactives (principalement les selles et les plaies) touchent de plein fouet la corporéité du soignant. Les autres sens sont quelquefois aussi "agressés", comme la vue (les vilaines plaies), le toucher ou l'ouïe (les raclements et crachats), mais dans une moindre mesure.

Dans la vie hors de l'hôpital, les stimuli incommodes sont d'origines diverses. De nombreuses substances nous apparaissent comme "dégoûtantes" pour l'un ou l'autre des sens (un fromage moisi, un grincement de craie sur un tableau, une odeur de pollution, etc.). Dans le monde de l'hôpital, la majorité des substances ou des images connotées négativement sont d'origine corporelle et la plupart des pathologies en produisent (nous avons déjà évoqué cette redéfinition du propre et du sale à l'occasion de l'analyse de l'enseignement des toilettes). Dans ce contexte, il est difficile, pour les soignants, de construire une image positive du fonctionnement du corps humain.

Ces possibles difficultés sont peu évoquées dans l'enseignement théorique et l'enseignement pratique sur mannequin ne favorise pas non plus l'anticipation de ces situations. C'est donc au moment du stage que nous observons comment les stagiaires réagissent aux corps des patients.

Pour Elise, Mélissa, Laura ou Jessica, les difficultés liées aux odeurs désagréables ne semblent pas insurmontables.

- Et les odeurs, alors, ça vous incommode ?
- *M : Moi, les odeurs, je suis habituée, j'étais en crèche avant !*
- Ça, c'est pas un problème ?
- *M : Les odeurs de selles, non.*
- *E : Moi, j'étais pas habituée, parce que j'avais jamais fait de stage avant, et bon, c'est vrai qu'au début, bon, ça sent pas la rose, quoi ! Mais bon ...*
- *M : On s'y habitue.*
- *E : On s'y habitue, oui.*

- Et comment on fait pour s'habituer?
(silence)
- *M : Moi, j'étais déjà avant, ... Donc moi, j'étais moins dégoûtée de changer le pampers d'un enfant que d'une personne adulte. Je dois dire qu'à l'odeur, à l'état des selles dans le linge d'un enfant, ça, j'avais l'habitude, donc, question de ça, y a pas de problème.*
- Tu dirais, toi, que l'odeur ça ne te dérange plus du tout ?
- *M : Ben y en a quand même des fortes, quoi! Moi, je ne respire plus pendant ce temps-là.*
- Tu retiens ta respiration?
- *M : Et puis je me retourne d'un coup, je respire à fond, et puis je rebouche.*
- Toi, tu fais ça en apnée ?
- *M : Oui (rires).*
- *E : Elle devient toute rouge (rires).*

Nicolas est sans doute celui qui éprouve le plus de difficultés.

- *Une anecdote aussi, c'est une madame qui était incontinente, qui était placée en traction, elle ne pouvait pas bouger, elle avait une broche au pied, et on a dû faire sa toilette. L'infirmière est venue m'aider, pour pouvoir soulever, et comme elle était incontinente, y avait eu des selles pendant la nuit. Là, c'était une grosse anecdote, parce que l'odeur, mais alors j'en pouvais plus, moi! Je devenais tout vert, parce que je ne déjeune jamais, alors, ça tournait dans mon ventre, ça tournait dans ma tête. J'ai dit à l'infirmière : "ça excusez-moi, je peux pas le faire", c'est elle qui a dû prendre le relais. J'ai été m'asseoir, boire un verre d'eau, parce que je n'en pouvais vraiment plus. Et je n'ai pas fait la toilette.*
- Ça, c'était trop dur ?
- *Oui, ah, ah, l'odeur! En plus on ne pouvait pas ouvrir les fenêtres. Même en sortant, je sentais ça, ça sentait encore.*
- Tu avais l'impression que ça te poursuivait ?
- *Ah oui, alors là, c'était terrible! Quand je soulevais, j'essayais vraiment de pouvoir rester, pour dire que je savais le faire, mais de sentir quelque chose, mes bras, respirer comme ça, ça sentait partout. Je n'aurais pas su.*
- Et par rapport à la patiente, alors ?
- *Oh, la patiente, elle était ... Elle était dans le gaz, donc ...*
- Et quoi, après tu t'es dit : "ça j'arriverai jamais" ou maintenant, ça va mieux ou ça reste encore, aller changer un patient incontinent, c'est ...
- *Ça, j'aimerais bien une fois le faire, une fois essayer de le refaire.*
- Tu n'as plus eu l'occasion depuis de le refaire ?
- *Non. Si, si, j'ai eu une personne, encore hier et aujourd'hui matin, avant que vous n'arriviez. Là, c'est encore une personne incontinente, c'était un homme. Là, ça a été, je ne sais pas; peut être que c'était pas ... mais il savait bouger. Mais là, il avait un linge, parce que là [la fois précédente], il y en avait plein le drap. Là [ce matin], il avait un linge, c'était déjà mieux.*
- C'était plus rassemblé ? Enfin bon, tu te vois progresser quand même tout doucement par rapport à ça ?
- *Oui!*
- Ça reste un souci, "comment je vais me débrouiller avec ça" ?
- *Ben c'est l'odeur quoi, c'est vraiment l'odeur. Eux, ils disent qu'ils ne le sentent plus, mais moi, je le sens encore, hein, ce n'est pas ça le problème (rires)!*

Nicolas exprime comme un défi personnel le contrôle de ses sensations lors des soins où les odeurs sont pénibles. Actuellement, il n'est pas capable d'affronter la situation, mais il se fixe l'objectif de parvenir à cette maîtrise de lui-même, indépendamment du soin.

L'idée du défi est présente chez Nicolas comme inhibition, *ne plus sentir*, mais aussi à d'autres moments dans une dimension plus active, celle d'*oser*, qu'il pose comme une caractéristique de l'identité infirmière :

- Alors comme ça, tout ce qui est "piquer", tu aimes bien ?
- *Ah, oui! J'aime bien faire souffrir les gens. (rires) Non, mais je trouve ça chouette, c'est ... C'est quelque chose que tout le monde ne sait pas faire. Prendre des tensions, madame, là, elle sait peut-être le faire, tandis que piquer, elle ne sait peut-être pas le faire.*
- Pourquoi, c'est difficile, piquer ?
- *Faut oser, quoi. Faut oser faire mal à quelqu'un. Enfin, c'est ça ... Tout le monde ne saura pas piquer. Quand j'explique à ma sœur ce que je dois faire, piquer dans quelqu'un, elle n'oserait jamais le faire. On fait mal, quoi, en gros, on le fait exprès, même si c'est pour son bien. Puis, il y a la vue du sang, il y en a qui peuvent pas supporter ça.*

A côté de cette variante de la maîtrise, que nous n'avons observée que chez Nicolas, la notion de défi dans le contrôle de ses perceptions se retrouve chez d'autres stagiaires comme Elise, déçue de ne pas "avoir eu le dessus" sur ses sensations :

- *Euh, il y avait un monsieur, je ne sais pas comment il avait pu faire ça, enfin bon. Il était brûlé tout le siège et puis encore un peu là [le flanc]. Et on lui mettait ... Je ne sais plus ce qu'on lui mettait ? On lui mettait une espèce de crème, et puis, je sais pas, encore des pansements, je sais plus ce qu'on lui mettait, voilà, je sais plus vous dire.*
- Du tulle gras ?
- *Voilà ! Et l'infirmière me dit : "ben écoute, le monsieur il faudrait lui retirer, justement tous ses pansements, et ensuite le laver". Et moi, vu que j'avais jamais fait ça, elle me dit : "ben attends". Il y avait une élève de troisième de l'école qui me dit : "ben attends, je vais venir avec toi". Je dis : "d'accord". Et ben, elle me dit : "Tu vas voir, il y a une forte odeur dans la chambre". Je suis rentrée là-dedans ! Elle me montrait, elle faisait, elle essayait de me montrer, mais je n'ai pas pu tenir, j'ai dû sortir, je me sentais vraiment mal, hein ! Je lui ai dit : "Excuse-moi, mais, je peux pas ..."*
- A cause de quoi ?
- *Je ne sais pas ... L'odeur.*
- C'est une odeur de quoi ?
- *Je sais pas, ça sentait vraiment ... mauvais, quoi ! Et puis, je ne sais pas ... les plaies, enfin les brûlures n'étaient pas moches, on ne peut pas dire ça. Mais je ne sais pas, je me sentais vraiment mal ! Il a fallu que je sorte une première fois. Ça a été mieux. Je me suis dit : "Allez, ressaisis-toi, vas-y, hein!". Alors, je suis rentrée de nouveau, mais au bout d'une minute ou deux, il a fallu de nouveau que je ressorte et j'ai laissé la fille. Je lui ai dit : "Je suis désolée, mais ça va pas ". Elle m'a même vue, elle m'a dit : "Sors", et je suis sortie.*
- Et le monsieur, qu'est-ce qu'il disait, lui ?
- *Rien. Lui, il n'a rien vu, enfin, je pense pas.*
- Il ne s'est pas aperçu ?
- *Non. C'était la première fois que ça m'arrivait, ça ! Ça m'était jamais arrivé de sortir parce que ...*

- Essentiellement l'odeur ? Ou l'aspect ?
- *Oui, l'odeur était forte, hein!*
- Pas comme des selles ?
- *Je ne peux pas dire, mais c'était oh là là!*
- Mauvais moment ?
- *Oh oui, oui, j'ai pas aimé! Je ne suis pas restée. En fait, le mauvais moment, c'est le fait que je ne suis pas restée. Ça ne m'était jamais arrivé.*
- Tu étais déçue de ne pas pouvoir y arriver ?
- *Oui, oui, c'était ça. J'en rageais, merde.*
- Tu avais l'impression que c'est ton corps qui résistait ou ?
- *Je ne sais pas.*
- Tu ne parvenais pas à prendre le dessus, quoi.
- *Oui ; je faisais tout, pourtant, je restais là, j'essayais de regarder. Et même, la vue, ça me faisait pas mal, mais ça devait être l'odeur et tout. Oh là là, il faut que je sorte, je vais tomber dans les pommes.*
- Donc, tu as essayé des trucs pendant que tu étais dans la chambre, pour pouvoir tenir ?
- *Ah oui, quand même!*
- T'as essayé quoi ? Tu te souviens de ce que tu t'es dit ?
- *Non, je ne me souviens pas de ce que j'ai pu me dire ou faire, mais... Mais j'essayais de me motiver, quoi, je me disais : "allez!". Bon, surtout quand je suis rentrée la deuxième fois, avant de rentrer, je me disais : "allez, ça va aller, c'est pas affreux ce qu'il y a là devant toi!" Et ben, non, une fois que je suis rentrée, je suis restée là, plantée devant la fille qui était en train de travailler, et je lui ai dit "Excuse-moi, il faut que je sorte". Elle me dit : "vas-y!", parce qu'elle avait du voir que je devenais blanche.*
- Et après, tu n'as plus eu l'occasion de retourner dans cette chambre ?
- *Non. Et après, le monsieur est parti, je ne l'ai même pas vu partir, je ne sais pas comment il est parti, mais il est parti. Et puis bon, voilà, quoi.*
- Donc, tu restes avec une espèce d'insatisfaction par rapport à ça ?
- *Ben oui, on peut dire ça comme ça.*

Cette notion de défi dans le contrôle du corps du soignant ne concerne pas seulement les odeurs, mais aussi le toucher et se traduit en particulier dans les habitudes de port des gants : à la suite de l'épisode de la toilette du patient phthisique, je questionne plus avant Mélissa et Élise sur le port des gants dans ce service où il semble être la règle pour un grand nombre de soins :

- Toujours avec des gants. Et toi, Élise, ça t'arrive de faire des soins avec des gants, des toilettes ?
- *E : Moi, je mettais des gants seulement pour la partie intime, et j'en mets tout le temps des gants pour la partie intime.*
- Homme et femme indifféremment ou ?
- *E : Oui, enfin ...*
- *M : Pour la toilette intime, moi c'est quand ils ont été à selles.*
- Donc là, vous avez des habitudes différentes, toi [Élise], systématiquement tu mets des gants pour faire la toilette intime ...
- *E : En tout cas, j'en ai toujours dans ma poche, j'avoue que des fois, j'oublie de les mettre, parce que, bon, je suis dans l'action et je continue, mais j'essaie de mettre toujours des gants.*
- *M : Moi aussi, quand je les ai près de moi, quand je nettoie.*
- Pour toi, pour la personne ou ?
- *E : Pour moi.*

- Tu n'aimes pas ça.
- *M : On peut prendre le gant de toilette, hein!*
- *E : Oui, mais, bon on ne sait jamais trop ce qu'on va trouver. Il y a certaines personnes, quoi quelque fois y en a plein et d'autres fois pas.*
- *M : Mais ça sent, hein!*
- *E : Mais bon, ce matin ...*
- *M : Quand ils ont des langes, moi j'en mets, des gants, ça oui!*
- D'office ?
- *M : Oui. Et souvent, quand ils ont des langes ... [sourire entendu]*
- *E : Souvent, vu qu'ils sont beaucoup, qu'il y a beaucoup de personnes qui ont des langes ...*
- *M : Mais je veux dire, dans la chambre de la personne que tu prends en charge, là, à côté, la chambre juste avant, tu vois qui je veux dire ? La personne qui est retournée, que je prenais en charge au début, et bien cette dame-là, elle ne mettait pas de langes, quand je l'aidais à se laver, je ne mettais pas de gants.*
- *E : C'est vrai, ça dépend. J'avoue que je mets plus souvent des gants, c'est rare que je n'en aie pas. Voilà, il faut être clair.*

Les critères de port des gants ne semblent pas très stabilisés chez les deux étudiantes : tantôt on en met, tantôt on n'en met pas. Il semble que cela dépende autant de critères "objectifs", tels que la présence de langes, de selles ou la toilette des parties intimes, que de critères plus "subjectifs" tels que l'affinité que l'on a avec le patient. Elise parle d'avouer mettre plus souvent des gants, comme si elle se référait à une pratique idéale, dans laquelle l'infirmier sublime ses sensations et ses dégoûts pour être capable d'effectuer tous les soins sans gant.

Implicitement, la plupart des stagiaires valorisent une conception de l'infirmier contrôlant totalement ses perceptions. De la même manière, en gériatrie, les stagiaires de 2^e et 3^e années me testent un peu pour voir si je vais mettre des gants ou travailler à main nue comme eux lorsque je participe aux soins avec des patients incontinents. Les gants s'apparentent un peu à la péridurale lors des accouchements : il traîne encore une certaine fierté à s'en passer.

Les étudiants expriment dans les interviews leurs difficultés par rapport aux perceptions désagréables et les différentes stratégies qu'ils mettent en place pour les gérer.

- *L : Cette personne-là, je m'en suis occupée pour mon TAPPSI. Madame T. n'avait pas fort réfléchi. Elle était sur le dos, on ouvre le lange, on voit qu'elle a fait, alors madame T., au lieu de refermer le lange, et en dernière minute enlever le lange, elle a roulé le lange vraiment dans le creux et alors, évidemment en la tournant sur le côté, tout a glissé sur le drap. Alors, pour ramasser, j'étais quasi avec mes mains. Il était bien onze heures et demie, moi, j'ai vite fait ...*
- *J : Ça sentait vraiment dans la chambre J'étais en train de m'occuper de la personne à côté. Et y avait la personne avec son déodorant, c'est vrai que c'était une odeur, vraiment!*
- *L : Tout était sur les draps et je devais ramasser. Mais alors, il n'y avait plus de papier, ça colle, je ne m'en sortais pas, c'était la cata, quoi mais bon, ça va.*
- *J : C'est surtout au matin, quand on arrive après le rapport, pour répondre aux sonnettes, enlever une panne. Mais l'urine et les selles du matin, ça sent fort, quoi.*
- Qu'est-ce que vous faites ?
- *L : Il y a un rideau, Je passe de l'autre côté du rideau, je fais "hhhhh", je respire deux-trois fois, pfff. J'arrive, et puis voilà!*
- *J : Moi, je mets du désodorisant.*
- *L : Mais moi, y en avait pas.*

- Quand la personne sait se retourner, c'est un peu plus facile
- *J : Faut voir la personne c'est clair qu'il y a des personnes forcément qui se rendent compte que ça sent mauvais, souvent, il y a des personnes, forcément qui sont gênées, je dis : "Vous savez, moi, j'ai jamais fait ça sans que ça sente mauvais!"*
- *L : Mais alors, ce qui est ... non, je respire deux-trois fois, et puis après c'est pas bien grave, quoi c'est la première bouffée qui est très pff!*
- *J : Là, j'ai eu du mal*

"Ce qui fait qu'on n'est plus incommodé, c'est l'habitude". Ce sont les termes que tous les étudiants utilisent. Il semble que le processus d'accommodation se déroule de façon autonome, qu'il n'y ait rien d'autre à faire que rester exposé au stimulus, et attendre que l'on "s'habitue". Cela nous fait penser à une sorte d'accoutumance : le corps ne réagit plus aux simulations auquel il est confronté en permanence. Il faut des doses de plus en plus fortes pour déclencher les réactions initialement obtenues par les plus légers contacts. Finalement, le corps du soignant devient en quelque sorte un corps désensibilisé : "On ne le sent plus". La socialisation corporelle du soignant est donc extrêmement complexe, puisque, d'un côté, il apprend à contrôler et neutraliser certaines perceptions alors que, d'un autre côté, il lui est demandé d'affiner ses perceptions (sur les types de toux, les types d'urines, etc.). Toutefois, peu d'outils sont proposés aux novices pour progresser dans cette transformation de leurs capacités perceptives.

Pour le volet du contrôle, la capacité à "s'organiser" joue un rôle important. La relative facilité à gérer la situation et les sensations désagréables qui y sont associées semble liée au fait de contrôler la situation, d'en avoir la maîtrise, de savoir quoi faire, d'agir. L'action, l'aspect moteur de la situation permettrait de prendre le dessus sur l'aspect sensoriel. L'étudiant serait submergé par ses sensations perceptives quand il ne sait comment agir ou lorsqu'il n'en a pas la capacité.

C'est ce qui transparaît des récits de Laura et Jessica, c'est aussi ce facteur qui semble avoir aidé Nicolas, fier de nous raconter ses "progrès" lors du second stage :

- Par exemple, qu'est-ce que tu sens que tu ... ?
- *Les pannes.*
- Les pannes, tu fais ça bien ?
- *Oui. Quand je vois Laure, enfin ... quand je vois l'autre, ...* (Nicolas s'inquiète de la confidentialité de ses propos)
- Elle s'appellera autrement.
- *Quand je vois Laure qui, chaque fois qu'il y a des pannes, m'appelle, parce que l'odeur, ça ...*
- Elle ne parvient pas à prendre le dessus ?
- *Non, quand il faut essuyer quelqu'un parce qu'il a fait des selles, vous voyez, elle sent ses vêtements pour ne pas sentir l'odeur.*
- Mais toi aussi, avant, c'était dur.
- *Avant, oui, à X, j'avais dur!*
- Mais comment ça se fait, qu'est-ce qui s'est passé ?
- *Je ne sais pas. Je me suis habitué, à mon avis*
- Ça veut dire que tu ne le sens plus ou ...
- *Si, je le sens encore Mais ce n'est pas ... Ça fait pas du bien, quoi, c'est pas gai de respirer ça, ça, je le sais bien. Faut pas que je reste là trop longtemps, mais ...*
- Et tu t'es mis un truc pour que ça marche ou ...?

- *Je me suis dit : "Je sens rien". Dans ma tête, je me dis : "ça va, je sens rien, je sens rien, je sens rien". Et puis j'ouvre la fenêtre. Dès que j'arrive, j'ouvre la fenêtre. A X, j'osais pas ou il n'y avait pas moyen d'ouvrir la fenêtre ou je ne sais plus quoi. Ou le lit était trop loin de la fenêtre. Mais maintenant, j'ouvre la fenêtre.*
- *Ça veut dire que tu oses faire plus de trucs maintenant ici que quand tu étais à X ?*
- *Oui, oui!*

Dans la plupart des interviews des étudiants, la difficulté des odeurs et sécrétions corporelles est surtout posée du côté du soignant (compétence autocentrée). Les étudiants semblent rarement se préoccuper de la manière dont le patient vit cette situation et de la manière de la rendre acceptable pour tous les deux (compétence hétérocentrée). Les stratégies dont ils nous parlent ont essentiellement pour objectif de protéger le soignant contre ce qui apparaît comme une forme d'agression (bien qu'involontaire) de ses sens par le corps du soigné. Cette attitude indique en quoi les étudiants sont encore des *novices*, car par comparaison, Lawler (2002) développe l'idée qu'en général, les stratégies que les infirmiers mettent en place pour gérer les situations de déchets corporels déplaisants et nauséabonds *"reposent toutes sur une règle fondamentale : la croyance qu'il faut protéger les malades contre l'impression que ce genre de tâches est difficile pour les infirmières, et que l'infirmière ne doit donc pas exagérer la situation en montrant au patient un quelconque sentiment de malaise. En pratique, cela signifie ne jamais indiquer au patient qu'une infirmière trouve une tâche particulièrement répulsive ou nauséabonde -c'est là une forme de contrôle émotionnel qui correspond à la notion de travail émotionnel de Hirschfeld (1983). Cependant, si la tâche est vraiment difficile, sur le plan esthétique, l'infirmière peut utiliser la minimisation comme moyen de juger si la situation est gérable, ou bien parler honnêtement et ouvertement pour reconnaître que quelque chose est désagréable, mais ce sera communiqué au patient dans un contexte de minimisation"* (Lawler, 2002 : 190).

Si nous revenons à l'interview de Jessica, nous remarquons qu'elle est la seule des stagiaires, à nouveau, à noter la gêne que la situation peut occasionner non seulement pour le soignant, *mais aussi pour le patient*. Elle met en œuvre ce que Lawler (2002) appelle la règle de protection du patient, dont une des méthodes est la minimisation : *"la minimisation est une technique verbale et/ou comportementale pour aider à gérer les situations potentiellement problématiques en minorant l'ampleur, la signification ou la sévérité d'un événement concernant un patient* (Lawler, 2002 : 181). La minimisation sert à limiter la détresse du patient en créant une situation socialement banale et acceptable. Chez Jessica, il n'y a pas de déni du caractère déplaisant de la situation, mais une reconnaissance de la situation de gêne, dédramatisée par une "solidarité corporelle" avec le patient. Jessica exprime la commune humanité du soignant et du patient : *"Moi, j'ai jamais fait ça sans que ça sente mauvais!"*. Spontanément, Jessica raconte d'autres anecdotes de la même veine. Notons que chaque fois, Jessica présente la situation comme banalement drôle, elle ne mentionne pas de dégoût, ni d'incertitude quant à savoir "quoi faire"; elle précise aussi que les stagiaires ont veillé à l'intimité du malade : *"on a caché discrètement avec un drap autour"*. Jessica agit donc essentiellement dans une logique de protection :

- *J : Moi, je pourrais raconter une anecdote. Magali m'appelle pour répondre à une sonnette. C'était une dame qui devait aller sur la chaise percée. On la met, mais c'était pressant, Magali ne me l'avait pas dit. Donc on comptait arriver, la personne avec la chaise percée, sur la toilette.*
- *Attends ?*
- *L : C'est des [chaises percées] "sans bas", sans rien en dessous. C'est une chaise percée, mais on retire le seau, alors on la met sur la toilette. Un truc roulant, quoi.*

- *J : Seulement, la dame, c'était pressant, et dès qu'on l'a mise sur la chaise percée, tout par terre : pipi comme caca (rires). Bon, tant que c'était parti, on a laissé faire, et on a caché discrètement avec un drap autour, et puis on a tout nettoyé, quoi! C'était une petite anecdote bien marrante. (...)*
- Et qu'est-ce qu'elle a dit la dame ? Est-ce qu'elle avait l'air de s'apercevoir ?
- *J : Rien, quoi non, elle a dit, ... j'ai dit : "Ecoutez, tant pis, tant que c'est parti là, il est trop tard". Elle était un peu désolée, quoi, de nous donner de l'ouvrage.*
- Et ramasser, tout ça, y a rien qui vous pff ...
- *J : Non, ça va, du caca, on a l'habitude, mettre des gants, du papier, une éponge, ...*

Lors de la dernière interview, Jessica rapporte un autre incident qui synthétise sa philosophie par rapport au corps du patient : une approche qui banalise la situation ("*c'est la vie*"), l'empathie avec le patient ("*je voyais bien qu'elle était mal à l'aise*"), la métacommunication (élucider le malaise) et une conception du rôle qui englobe ces tâches ("*on est là pour ça*"). A la différence de ce que Lawler laisse sous-entendre du principe de protection du patient, cette attitude de Jessica semble ne pas être uniquement de l'ordre de la *feinte* protégeant la face du patient, mais cette attitude réduit la pénibilité de la tâche en *termes réels* pour le soignant.

- *Par exemple, un bête exemple, c'est une dame qui ... enfin, non, là c'est plutôt la dame qui est mal à l'aise.*
- Ce n'est rien raconte-moi quand même.
- *Parce qu'elle a été à selles dans son lange. Bon, et bien ça ne sent pas la rose, et bien, la dame est toute gênée et pour nous c'est un peu gênant aussi parce que ... Enfin on est là pour lui rendre service, mais je veux dire, surtout la dame qu'on a vue tantôt, elle était vraiment mal à l'aise : "Oh, je vous en fais voir, tout l'ouvrage que je vous donne" et tout ça. Et puis : "Oh ça sent mauvais", et tout. Je voyais bien qu'elle était mal à l'aise et j'ai essayé de la mettre à l'aise. Je lui ai dit : "Ecoutez, ça ne sent pas la rose chez tout le monde. Nous, on est là pour ça". Voilà. Sinon, moi, mal à l'aise ici dans les trois jours ...*
- Tu veux dire : toi l'odeur, ça ne te dérange pas ?
- *Non, pas du tout. A la limite, moi, ce qui me dérange le plus, c'est les crachats, le vomi. Mais caca et pipi, ça ne me dérange pas.*
- Oui, c'est ça, j'ai vu aussi que tu ne mets pas souvent des gants ?
- *Non, je ne suis pas vraiment narreuse. Mais pour les crachats et le vomi, je crois que j'en mettrais.*
- Mais, il n'y en a pas beaucoup ici dans le service ?
- *Non, il n'y en a pas beaucoup.*
- Mais sinon, les toilettes, toutes ces choses là, les gants, ça ne te dérange pas plus qu'autre chose ?
- *Non. Sauf maintenant, j'ai pris l'habitude pour la toilette intime et les sièges de mettre des gants, et encore*
- Sinon, tu ne le faisais pas ?
- *Non. Non, mais ça ne me dérange pas. Après, je me lave les mains, je ne mets pas les doigts en bouche!*
- Rires.
- *Je ne sais pas, moi. Je me dis, c'est la vie. C'est comme ça chez tout le monde. Alors, je ne suis pas narreuse.*

Dans cette optique, la capacité du soignant à contrôler ses perceptions est une nécessité tant au plan instrumental (être capable de réaliser le soin) que symbolique (renvoyer au patient une image positive de lui-même). Cette compétence essentielle est clairement identifiée par les stagiaires,

qui en parlent beaucoup entre eux et lors des interviews, alors qu'il n'en est pratiquement jamais question dans la formation. La socialisation est de ce point de vue également paradoxale. Pour être vraiment efficace, la compétence de contrôle et de minimisation doit être cachée, niée. La perception de la situation comme banale doit apparaître comme naturelle, sans effort. Sa logique d'acquisition est occultée et les étudiants livrés à eux-mêmes pour l'acquiescer.

4.5.6 Six profils

Peu d'accueil et de prise en charge dans les unités de soins, renforcement de la hiérarchie des soins, objectivation des patients et lacunes en compétences relationnelles, pression à la soumission des corps et au contrôle des émotions et perceptions, tel est brossé à trop gros traits le tableau des processus et produits de la socialisation corporelle des étudiants en stage.

Traits trop grossiers car, par rapport à cet environnement, les étudiants ne sont pas passifs et interchangeables; ils ne sont pas nécessairement une cire molle dans laquelle le fonctionnement hospitalier imprime mécaniquement et identiquement son empreinte. De manière sans doute plus marquée qu'en contexte scolaire, chaque étudiant se positionne par rapport à cette offre de formation, pour en faire une expérience particulière. La nature du parcours de socialisation ne dépend donc pas uniquement des dispositifs mis en place du côté des formateurs, mais aussi de la manière dont l'apprenant investit dans la formation.

Dans les paragraphes qui précèdent, nous avons surtout mis l'accent sur les points communs entre les stagiaires. Ceci masque indûment la richesse et la diversité des parcours. Comprendre les processus de socialisation exige de prendre en compte aussi cette variabilité interindividuelle.

Nous nous penchons à présent plus en détail sur les parcours individuels des six étudiants que nous avons eu l'occasion d'observer et d'interroger de manière plus systématique tout au long de l'année et lors des stages.

A. Des attitudes différentes par rapport à la *formation*

Le premier ensemble de comparaisons entre étudiants concerne l'attitude par rapport au contexte de stage et la prise de repères. Les profils les plus distincts sont incarnés respectivement par *Mélissa*, *Géraldine*, *Elise* et *Laura*⁵⁰.

A une extrémité du spectre des attitudes, certains étudiants semblent avoir les plus grandes difficultés à trouver leurs repères et semblent subir le stage. Généralement, ils disent n'en conserver que peu de souvenirs positifs. C'est le cas de *Mélissa*, *Géraldine*, et *Elise*.

En ce qui concerne *Elise*, tout se passe comme si elle réalisait son stage à l'intérieur d'une bulle, sans préoccupation d'intégration dans le service ou de volonté de dépasser le cadre de ce qui lui est demandé. Elle semble ne développer aucun repère professionnel.

⁵⁰ Pour l'anecdote, rappelons que *Mélissa* abandonnera la formation immédiatement après le stage, que *Géraldine* échouera en fin d'année, qu'*Elise* réussira l'année avec distinction, et que *Laura* abandonnera entre la première et la seconde session.

- *Mais alors, le premier jour, je suis arrivée. Quelqu'un nous a accompagnés jusqu'ici, on était plusieurs, ceux qui étaient au XX [service voisin] aussi ne savaient pas trop, c'est juste en face. Une élève nous a accompagnés. La jeune personne qu'on a vue, là, qui vient juste de rentrer, c'est elle à qui on m'a confiée.*
- *Elle est quoi, elle ?*
- *Infirmière, enfin, je crois qu'elle est infirmière.*
- *Tu n'es pas sûre.*
- *Non. Si, si, infirmière. Peut-être aide-soignante ? (...)*
- *Donc, tu as débarqué dans les chambres comme ça.*
- *Comme ça, voilà : "Bonjour, je suis nouvelle, je viens prendre votre température". Et puis, le rapport, et puis pendant le rapport, madame B. [la monitrice] est arrivée. Donc, je lui ai dit : "Bonjour". Et puis, à la fin du rapport, on répartit les tâches. Il y a la surveillante en chef, c'est comme ça qu'on dit ?*
- *Madame C. [la chef de service] ?*
- *Je ne sais pas comment elle s'appelle ... (...). Donc, juste dans le bureau à côté, on l'a lu, ensuite, le dossier infirmier, qui se trouve à l'office, enfin ...*
- *À la salle de garde ?*
- *Oui, à la salle de garde.*

Également à propos des objets usuels et des activités :

- *Oui. On met ça dans ce que j'appelle un haricot, mais je ne sais pas comment ça s'appelle ...*
- *Un réniforme ?*
- *Un réniforme, oui, il y a tout ce qui est noté, tout est noté pour préparer, 20 gouttes de telle chose, 5 gouttes, 2 CC de liquide physiologique dans une seringue, c'est souvent les mêmes choses qui reviennent, hein.(...)Qu'est-ce que j'ai fait ? Une infirmière m'a demandé de nettoyer des appareils. Je ne sais pas, ça devait être des alternatings aussi, je ne suis pas sûre, donc, je les ai nettoyés (...)*
- *J'ai remarqué, en venant hier, que vous travaillez beaucoup avec des gants, ici, par rapport à d'autres services. J'étais au bout du couloir, et je voyais toutes les étudiantes avec des gants, pour ramasser des plateaux par exemple.*
- *Tout à fait, moi aussi, ça m'étonne. Tout à l'heure, à midi, j'étais avec Sylvie, il y a une aide-soignante qui demande : "Vous pouvez pas m'aider à débarrasser ?". Bon, on ne met pas de gant. Elle dit : "Tiens, mets des gants". Enfin, bon, je sais pas pourquoi. Si c'est parce que les patients ont touché ? Faudrait que je pose la question, parce que c'est vrai que ça nous a étonnées, sur le coup, parce qu'on n'y pense pas forcément, quoi. On leur donne leur plateau sans gant, et une fois qu'ils ont touché, qu'ils ont mangé, on est obligées, pour débarrasser.*
- *Oui, mais après, quand tu va prendre les paramètres, tout ça, tu travailles pas avec des gants ?*
- *Non.*
- *Pourtant, tu touches aussi les patients.*
- *Oui, c'est vrai...*

Et Elise conclut :

- *Mais est-ce qu'il y a quand même des choses que tu aimes mieux dans ta journée, est-ce qu'il y a une anecdote ou un bon moment du stage, quelque chose que tu as bien aimé dans le stage ?*
(Silence)

- Un moment où tu as bien ri ou quelque chose que tu aies fait et dont tu étais fière, quelque chose de positif ?
(Long silence)
- *E : Y a rien qui me vient à l'esprit. Peut-être qu'en réfléchissant, peut-être que ça me reviendra, mais là, pour l'instant, rien.*

Toujours dans cette ambiance d'indifférence ou de passivité, Elise ne pense pas que sa manière d'aborder les cours à son retour en classe soit influencée par son expérience de stage :

- Quand tu vas retourner au cours, ton attitude sera pareille ? Ou tu es dans un autre état d'esprit en revenant au cours, tu te dis maintenant, "je serai plus attentive à ça ou je trouve que ça, c'est moins important" ?
- *Je ne sais pas, ça ne change pas, non.*

Cette indifférence d'Elise paraît adaptative, puisqu'elle ne paraît pas particulièrement affectée par son environnement et qu'Elise atteindra sans difficultés la fin de l'année.

Pourtant, le stage fonctionne aussi comme mécanisme de sélection/exclusion de certains profils d'étudiants. Dans une logique quasi-Darwinienne, les étudiants qui ne disposent pas des capacités d'adaptation et de réaction à un environnement relativement hostile et brutal abandonnent la partie.

C'est le cas de **Mélissa**. Pour Mélissa, l'expérience du premier stage est déterminante. Ses premières expériences avec les patients, non accompagnées par des soignants ou des enseignants, sont très traumatisantes (toilette d'un patient agonisant, dont nous avons déjà parlé, mais aussi prise en charge de patients très désorientés, etc.). En l'absence d'une formation adéquate, Mélissa n'a pu y faire face. L'anecdote plutôt burlesque de "*la tension prise au mort*", stigmatisant ses difficultés à trouver ses marques dans le fonctionnement des unités de soins, sera sans doute la goutte suffisante à faire déborder ses doutes quant au bien fondé de son choix d'orientation professionnelle.

- Bon, Mélissa, toi, tu es dans un état d'esprit un petit peu différent maintenant ? Est-ce que tu peux un peu expliquer les sentiments que tu as, et comment tu ... ?
- *M : En fait, moi, ce n'est pas trop par rapport au service. Enfin, si, il y a quelque chose qui m'a fait réfléchir, ce que j'expliquais avec la tension de la personne qui est décédée.*
- (regard interrogatif) ???
- *Je ne t'ai pas expliqué ? La personne dont j'ai fait la toilette, la première fois, je suis rentrée dans la chambre et je prenais les paramètres à tout le monde, ... -Il y a une personne de la classe qui a été raconter, maintenant, tout le monde se fout de moi, mais c'est pas marrant- ... je rentre dans la chambre de la personne pour prendre sa tension, je dis : "Monsieur, monsieur, réveillez-vous" et la personne était décédée.*
- Non, je n'étais pas au courant.
- *M : Ah, je croyais que c'était à vous que je l'avais dit. Enfin, la personne était décédée, et c'était la personne à qui j'avais fait la toilette deux jours auparavant. Et moi, franchement, tout le monde trouve ça bête, mais il n'avait plus de perfusion, et le contour de sa bouche, avant, c'était plein de croûtes, saignant et tout ça, et c'était bien propre, il n'y avait plus rien. Moi, je me suis dit qu'il allait peut-être mieux et qu'on allait le transférer autre part, qu'on lui avait retiré les perfs parce qu'il n'en avait plus besoin. Et puis, j'ai quand même voulu prendre la tension, je prends sa main, pour essayer de le réveiller. Il ne répondait pas*

et j'ai senti que c'était froid, et alors, moi, je suis sortie de la chambre et je n'ai pas eu le temps de dire quoi que ce soit qu'on me disait qu'il était décédé.

- Donc, on le savait déjà dans le service ?
- *Elise : Oui, mais nous on ne le savait pas. (...) En fait, il y avait la veilleuse qui était allumée. Je sais que quand nous on est arrivées dans le service, moi j'ai vu qu'elle était allumée.*
- *M : Moi, je n'avais pas vu.*
- Comme la présence ?
- *M : Oui, ben c'est la présence!*
- *E : Oui, j'appelle ça la veilleuse, mais c'est la présence. Et je l'ai vue allumée, je me dis : "Ah ? soit il y a déjà une stagiaire en train de faire sa toilette, soit il y a une infirmière".*
- Il y a quelqu'un dedans, quoi.
- *E : Il y a quelqu'un, bon on arrive, on nous dit : "ben allez faire les paramètres". Tu prends le tensiomètre, moi, je prends le thermomètre, (...) et on commence à faire les chambres. J'étais un peu en avance, parce que prendre la tension, ça prend plus de temps que moi la température. Et donc, j'arrive à cette chambre, je vois qu'il y a encore la présence. Là, ça fait un bout de temps, il doit y avoir un médecin : ça n'a pas dû aller pendant la nuit, il doit y avoir un médecin. Je préfère les laisser, je reviendrai après, et donc je vais dans la chambre à côté pour prendre la température du patient. Je ressorts et je vois Mélissa qui ressort de cette chambre et une troisième qui lui dit : "Ah, au fait, monsieur est décédé", et moi j'étais pas au courant, quoi, je l'ai appris en même temps qu'elle, sauf qu'elle était rentrée. (...) Parce que si j'avais su, je lui aurais dit. Mais je ne le savais pas, je l'ai appris en même temps qu'elle.*
- Donc, tu as pris la tension à un mort ?
- *(rires).*
- *M : Ben je ne l'ai pas prise, hein!*
- Donc tu t'es trouvée (...) ...
- *M : Dans la classe, tout le monde a dit : "Alors, Mélissa, il avait combien, le mort, de tension ?"*
- C'est vrai que c'est drôle...
- *M : Moi, j'ai pas rigolé!*
- Parce que tu n'étais pas bien, ou tu étais vexée, parce que tu as eu peur ou ?
- *M : J'ai eu peur! Je me dis : "Si ça tombe, les infirmières sont pas au courant, je vais devoir l'apprendre seule, et j'ai pas trop envie". D'ailleurs j'ai appelé une fille de troisième pour qu'elle vienne voir, et elle me l'a dit. [Parce que Élise et moi, nous rions encore :] Mais je n'ai pas pris la tension, j'ai senti que c'était froid, je suis partie.*
- *E : Mais quand tu es rentrée dans la chambre, tu ne t'es pas dit ... ?*
- *M : Ça m'a semblé déjà bizarre. Parce qu'il avait ses mains comme ça [croisées sur la poitrine], mais il met toujours ses mains comme ça. C'est vrai, hein! Et moi, je me suis dit : "Ça va mieux".*
- *E : Mais il était habillé ?*
- *M : J'ai pensé qu'il allait faire un transfert.*
- *E : Mais il avait quand même ses vêtements, non ? Il n'était pas avec sa blouse d'opéré comme on l'avait vu avant ?*
- *M : Oui, mais moi je me suis dit : "Il va peut-être retourner dans un home, l'ambulance va venir le chercher".*
- La médecine fait des miracles!
- *E : C'est même plus des miracles! Mais c'est vrai que je ne sais pas comment j'aurais réagi ...*
- *M : Moi, quand j'ai vu ça, je me suis dit : "il va peut-être mieux, il va faire un transfert". On lui a mis ses habits pour ne pas qu'il ait trop froid, parce qu'il gelait dehors. Je me suis dit : "on lui a mis ça pour ne pas qu'il ait trop froid pendant le transport."*

- Et donc, ça t'est pas venu à l'esprit un seul instant qu'il était mort ?
- *M : Quand je l'ai vu comme ça les yeux fermés, je me suis dit : "Si ça tombe, il est mort". J'ai dit "Monsieur, monsieur, réveillez-vous", on ne me répond pas. "Serrez-moi les mains" (rires, en référence au cours de secourisme).*
- Tu as fait ton VES !
- *M : "Monsieur, monsieur, réveillez-vous", on ne m'a pas répondu. J'ai pris la main, j'ai senti que c'était froid. Tout ça, tout ce qui s'est passé là, c'était deux-trois minutes, hein, même pas. Je suis rentrée, j'ai dit : "Monsieur, réveillez-vous", j'ai pris la main, et au revoir!*
- Ah, t'as dit : "Au revoir" ?
- *M : Non, j'ai pas dit : "Au revoir"!*
- (rires)
- *E : C'est vrai qu'on en rigole maintenant, mais ...*

Si cet épisode semble tout à fait décisif dans l'expérience de Mélissa, il est difficile d'évaluer ce qui s'est révélé être le plus déterminant dans cette situation. Quelle part du trouble de Mélissa est attribuable à la situation de première confrontation avec la mort (en l'occurrence, une situation mal gérée par le service) et quelle part est attribuable au sentiment d'incompétence manifestée par son comportement ? En d'autres termes, est-ce la *mort* ou le *ridicule* qui "tue" Mélissa ? En effet, Mélissa parle moins de son angoisse d'affronter la mort que d'exaspération par rapport au fait que cette anecdote circule dans les services et dans la classe. Par ailleurs, Élise (qui mène le dialogue dans cette partie de l'interview) met clairement en évidence le manque de discernement de Mélissa, insistant lourdement sur les différents éléments qui auraient pu l'alerter et sur sa clairvoyance à elle dans l'interprétation de la situation. Ces commentaires, venant d'une autre novice (et pas d'un infirmier), augmentent le sentiment d'incompétence de *Mélissa*. Nous voyons ici comment le groupe des pairs joue un grand rôle dans la sélection des étudiants. En effet, si nous avons en général pointé la solidarité des étudiants entre eux lors des stages, il faut également remarquer qu'il peut arriver aussi que les étudiants participent au mécanisme d'exclusion d'un des leurs. C'est le cas de *Géraldine*, dont le cas constitue une variante du cas de Mélissa.

Son envie d'apprendre et "d'être dans le coup" est grande, mais dès le début des stage, Géraldine manifeste de nombreux signes de difficultés, notamment à exprimer ce qu'elle ressent et dans l'instabilité de ses représentations (Géraldine commence, par exemple, par dire qu'elle trouve ce service moins éprouvant que ce qu'elle a imaginé, puis elle nous dit que les patients de gériatrie sont plus difficiles à mobiliser que les autres, puis ensuite elle nous explique que la plupart des patients de gériatrie sont assez légers). Au plan gestuel, les activités sont encore lentes et malhabiles. Elle travestit ses difficultés sous la maniaquerie. Au plan relationnel, son comportement est infantilisant et autoritaire envers les patients. Elle éprouve des difficultés à trouver "le ton juste", malgré ses efforts pour singer les infirmiers (elle participe aux remontrances des infirmières envers un patient à propos de son refus de se laver : "*C'est pas bien, monsieur*"). Tout au long de ses stages, Géraldine dénie ces difficultés. Sa monitrice, une enseignante d'expérience, me demande "*ce que j'en pense*", elle semble soucieuse à propos de Géraldine, qu'elle trouve "*fort jeune*". Multipliant les maladresses en stage comme elle l'avait fait en classe⁵¹ (elle bouche les toilettes, se trompe dans les régimes des patients, utilise un bain

⁵¹ Au second trimestre, Géraldine est de plus en plus isolée en classe (à part Anne-Catherine, qui, nous l'avons vu, la prend en charge). Elle donne l'impression de décrocher doucement, "débordée". Il ne s'agit pas d'une rupture nette, comme Mélissa, c'est plutôt une lente dérive. La séance porte sur les pansements humides. L'enseignante passe de groupe en groupe. Elle sursaute auprès de Géraldine, qu'elle trouve les doigts dans l'allopâte, bien loin de la technique "No Touch" : "*Eh! Qu'est-ce que tu fais avec tes mains!?*"

buccal comme désinfectant, etc.). Géraldine est rapidement caractérisée comme un canard boiteux et la solidarité des stagiaires se retournera contre elle : ses condisciples n'auront de cesse de lui faire sentir ses faiblesses et de l'isoler du groupe (ils me disent : *"Surveillez-la"*, et prennent plaisir à me rapporter en aparté ses dernières bêtises). Ainsi donc, sur la base d'une représentation implicite et consensuelle du profil du "bon infirmier", les apprentis-infirmiers sont complices des mécanismes de sélection de leurs pairs (ce qui renforcerait, en miroir, le sentiment de leur propre intégration).

A l'autre extrémité de l'éventail des profils de stagiaires, certains étudiants, comme **Laura**, développent rapidement des repères dans les unités de soins (dès la deuxième semaine, Laura semble plus autonome, elle a déjà des habitudes : *"Moi, je n'aime pas travailler comme ça"*; dans le courant de son second stage, Laura cherche les soins : c'est elle qui demande s'il ne faut pas refaire le pansement d'une des patientes. Elle prend déjà pas mal d'initiatives : *"Tiens, il faudrait refaire les lits"*) et adoptent une attitude beaucoup plus proactive, bien décidés à forcer l'environnement à soutenir leur demande de formation.

- *L'après-midi, donc, on a été manger, ça s'est bien passé. Puis après-midi, la chambre 240 sonne, donc celle avec les trois jeunes : "ça fait une semaine qu'on m'a pas lavé les cheveux, j'aimerais qu'on me les lave". Je dis : "Oui, si on a du temps l'après-midi, je veux bien vous le faire". Je vais près de l'infirmière, je dis : "Ecoutez, si jamais on a le temps, la chambre 240 a demandé si on pouvait leur laver les cheveux". "Ah, mais on les a déjà lavés vendredi, on est lundi, y a pas besoin!". Je me dis : "Bon, on a du temps à tuer, ben on va faire ça, quoi", parce qu'apparemment, on a un peu l'air de déranger, parce que comme on est en première, on ne sait rien faire, à part des toilettes, point quoi.*
- Vous êtes dans les pieds tout le temps.
- *Oui, alors il faut un peu piler parce que, enfin moi je pars dans cette optique-là, c'est que si on veut apprendre, il faut suivre.*
- Surtout l'après-midi, c'est creux ...
- *Non, il y a quand même pas mal de pansements, beaucoup de choses à faire, c'est quand même, ... les perfusions, tout ça. Il y a des choses que, nous, on ne peut pas maîtriser. Donc, si on veut apprendre, faut suivre. Le problème, c'est qu'on a l'impression d'être dans les pieds et de déranger. Donc l'après-midi, on a lavé les cheveux. (...) Comme la participation à un pansement, je me rappelle la semaine passée, mardi ou mercredi, on doit leur demander : "Je peux vous suivre pour aller faire le pansement, parce que j'aimerais bien voir comment ça se passe ?". Elle dit : "Oui, oui, mais une à la fois". Ça je peux comprendre, mais donc je suis allée une fois, quoi (...) Ben, je comprends, c'est vrai que je peux pas aller faire un pansement seule. Ça, je peux comprendre, mais s'il y a un pansement à faire, ben c'est elle qui le fera. Elle ne va pas dire "Venez". (...).*
- Et du point de vue de l'intégration, ça se passe bien, ou ...
- *J'ai l'impression qu'elles sont, pas hypocrites, mais, comment expliquer ? Il faut tout le temps leur demander si on peut faire quelque chose. Il faut un peu chercher le travail, quoi.*

Cette attitude de **Laura** se révèle aussi durant les cours. **Laura** tente souvent de confronter les nouvelles procédures apprises à son expérience en maison de repos (*"J'ai déjà vu ceci ou cela"*) ou de se construire d'autres référents que ceux proposés au cours (*"On peut se fier à l'aiguille,*

Qu'est-ce que tu fais pour des conneries ? Arrête!! Arrête!! Tire tes mains de là!!". La classe s'est figée dans le silence. Cette maladresse stigmatise Géraldine aux yeux des étudiants autant qu'à ceux de l'enseignante. L'enseignante surveille de près la fin du travail de Géraldine. Le brouhaha de la classe reprend doucement, mais à partir de ce moment, Géraldine sera de plus en plus marginalisée.

aussi"), ou encore de mettre à mal les règles données par des exemples issus de son imagination ("Et si, par exemple, ..."). Sans cesse, elle pose des questions, demande des compléments d'information. Elle est pratiquement la seule à interrompre l'enseignante dans ses explications.

Cet extrait du cours de secourisme consacré au bandage nous permet d'illustrer pour l'enseignement en contexte scolaire le contraste entre l'attitude **d'Elise** et **Laura** mis en évidence pour le stage :

Dans la séance sur les bandages, l'esthétique est un principe qui vient s'ajouter aux critères traditionnels (un bandage doit être beau, avec une distance régulière entre les liserés rouges). On exprime également un principe qui combine tenue et hygiène : on enlève le bandage en passant la bande d'une main à l'autre, sans faire de grands moulinets, sans en faire faire au patient, et sans que la bande touche terre. On rappelle également d' "*agir avec douceur et de placer le patient dans une position confortable*". Les étudiants s'installent par paires. Laura avec Olivier, Elise avec Cindy (l'enseignante demande que les doublants et débutants s'installent en "équipes mixtes"). Dès qu'elle voit qu'elle a compris "le truc", Laura s'arrête et enlève le bandage exactement de la manière qui vient d'être décrite par l'enseignante (les grands moulinets). En revanche, de son côté, Elise s'applique sur Cindy, puis défait son bandage correctement. On passe au bandage renversé. C'est moins facile à réaliser. Lorsqu'elle y réussit, Laura appelle l'enseignante pour lui montrer fièrement sa réalisation. Elise s'entraîne sur Cindy et sous ses instructions. Elle semble en difficulté. Cindy lui indique de se repérer aux liserés rouges bordant la bande. Elise ne semblait pas avoir capté cet indice. On continue avec le bandage avec plaie aux orteils qui est, paraît-il, assez fréquent, en raison des escarres, notamment. "*A vous. Vous pouvez prendre vos pieds, hein!*" Stéphanie se déchausse, les autres tergiversent, tournent en rond en espérant pouvoir plutôt travailler sur le mannequin. Cindy se déchausse aussi pour Elise. "*Allez, faites sur vos pieds, hop*". Laura prévient : "*Moi, j'enlève pas mes chaussures!*". Bandage d'un membre amputé. Cette fois, Laura se sent plus à l'aise et donne des indications à Olivier, en se référant aux apprentissages antérieurs : "*C'est comme pour ce qu'on a vu pour tout ce qui est doigts*".

Laura et Elise manifestent chacune un style d'apprentissage très différent. Comme pendant les stages, Elise développe une attitude conformiste et docile par rapport à la formation. Elle répète et exécute selon les instructions données par l'enseignante. Elle construit peu de repères de son action (les liserés rouges), son travail est plus lent et plus appliqué. En revanche, Laura continue à privilégier une approche plus proactive, réclamant l'attention de l'enseignante lorsqu'elle estime en avoir besoin, essayant des alternatives plus "personnelles", dérogeant aux consignes, créant rapidement des liens et des transferts entre les situations ("*C'est comme pour ce qu'on a vu pour tout ce qui est doigts*").

B. Des préférences et attitudes différentes par rapport aux soins

Une autre grande variation entre stagiaires s'observe, nous l'avons vu, sur les préférences des stagiaires en matière de soins, essentiellement en référence à la dichotomie technique/relationnel. Notre échantillon se scinde entre ceux qui, comme **Elise** et **Laura**, conserveront tout au long de l'année une préférence nette et affichée pour les actes techniques et **Jessica**, à l'inverse, qui manifeste une attirance constante pour les aspects relationnels du

métier, sans dédaigner les apprentissages plus techniques. Entre les deux, **Nicolas** évolue dans sa manière de hiérarchiser les soins qu'il préfère.

Jessica décrit le parcours le plus atypique. Même si les soins techniques lui plaisent, elle reste attachée au contact avec le patient, avec qui elle fait preuve d'une grande complicité (cette *familiarité* avec certains patients lui a été reprochée dans un des services).

- Et tu trouves que pendant les toilettes, c'est un bon moment pour la communication ou bien c'est séparé, ou ... ?
- *Oui, oui, je trouve que c'est le meilleur moment de la journée pour les personnes, pour elles communiquer parce que le reste du temps elles sont seules, quoi. On apporte les cafés mais c'est vite fait, bien fait. Les repas aussi. Parfois, on leur donne à manger, j'aime encore bien donner à manger. Heu, les pansements j'en n'ai pas fait, mais c'est vrai que ...*
- Tu aimes biens aussi ?
- *J'aimerais bien faire des trucs plus pratiques, plus techniques, comme ..., je vais demander à la monitrice pour faire des piqûres, j'ai envie d'essayer.*
- Tu aimerais vraiment bien ?
- *Oui. J'ai envie d'essayer, quoi ! Puisqu'on me l'a appris, j'ai envie de me lancer !*
- Donc, ça veut dire que si à un même moment, on demande une stagiaire pour faire une toilette et une stagiaire pour faire une injection ...
- *Ah, oui, je prends l'injection pour essayer mais je demande quand même pour avoir une infirmière qui vienne avec moi, pour être dirigée, quoi.*
- Bien sûr.
- *Sinon, j'ai bien. Si, il y a un truc que je n'aime pas, c'est les lits. Cela m'énerve de faire les lits. Je ne sais pas, ça m'énerve. Je ne sais pas pourquoi. Je ne sais pas. Sinon, heu, distribuer le café, donner à manger, faire les toilettes, les petits soins, les petits bobos et tout ça, j'aime bien.*
- Est-ce que il y a des moments où tu t'es trouvée mal à l'aise, te disant : ça, ça m'est encore difficile à faire, ou ça je ne suis pas à mon aise ?
- *En fait, ce que je ne suis pas encore à mon aise, c'est pour faire les pansements parce que j'en n'ai pas encore fait beaucoup. J'aimerais bien, comme tantôt avec Ronny. Il m'a demandé de le faire mais je n'ai pas, je n'ai pas osé en fait. J'ai été bête, mais heu, donc je ne suis pas à l'aise.*
- Du point de vue technique, tu te dis : "il faudrait que j'essaie encore" ?
- *Oui, oui. C'est clair. De toutes façons, je n'ai pas fini d'en apprendre.*

C. Un progression différenciée : des compétences autocentrées vers les compétences hétérocentrées

A la lecture de l'extrait qui précède, on sent aussi **Jessica** relativement sereine par rapport à ses apprentissages : il y a ce qu'elle sait faire et qu'elle aime, ce qu'elle sait faire et ce qu'elle n'aime pas (les lits), et ce sur quoi elle voudrait encore progresser. Elle a d'ailleurs clairement en tête de demander à essayer certaines choses (les piqûres). Quand Jessica parle de la communication et du "*meilleur moment*", elle ne le situe pas seulement pour elle, mais aussi comme "*meilleur moment*" pour le patient.

Ceci nous amène à une troisième distinction entre nos profils d'étudiants.

Nous avons évoqué à de nombreuses reprises la distinction entre les compétences autocentrées et les compétences hétérocentrées. "Autocentré" indique tout ce que l'étudiant est capable de faire pour que la situation soit satisfaisante de son point de vue. "Hétérocentré" désigne ce que le soignant est capable de réaliser pour que le soin soit satisfaisant du point de vue du patient également.

Nous avons vu à de nombreuses reprises que seules **Laura** et plus nettement encore **Jessica** ont développé des compétences hétérocentrées. Ni **Elise**, ni **Géraldine**, ni **Nicolas** ne semble pouvoir adopter encore une attitude décentrée. Laura et Jessica seraient, plus vite que d'autres étudiants, dans la logique d'une plus grande implication du soignant dans le soin et de ce fait plus loin qualitativement sur le chemin de l'expertise telle que définie par Dreyfus et Dreyfus. Il nous semble que pour une grande partie, ce point commun entre Laura et Jessica peut être attribué à leur expérience préalable engrangée via leur formation d'aides-soignantes en gériatrie dans l'enseignement secondaire. Mais les points communs entre les deux étudiantes s'arrêtent là, car elles semblent vivre leur expérience de stage différemment.

Jessica se dit satisfaite de sa formation, qu'elle vit dans la continuité avec son expérience d'aide-soignante. Le choix de la formation d'infirmière apparaît comme un approfondissement de la logique initiale, fortement axée sur les soins de base et les aspects relationnels, à laquelle peuvent venir s'adjoindre de nouvelles compétences plus techniques.

- Est-ce que tu te sens changée, par rapport au début de l'année ?
- *Ben déjà, il y a encore une plus grande maturité, moi, je trouve. Déjà, comme j'avais fait des études d'assistante en gériatrie, j'avais déjà pris beaucoup de maturité, parce qu'on est directement en contact avec le milieu professionnel, mais ... des habitudes qui ont changé, je sais pas ... Je fais peut-être plus attention parfois à des petits détails sur l'hygiène, mais je ne saurais pas citer un exemple comme ça. Mais je suis sûre que si je n'avais pas fait mes études en gériatrie, je serais arrivée en infirmière et j'aurais fait ... par exemple quand j'ai commencé mes études en gériatrie, quand on a vu la toilette intime, ben ma toilette intime, je l'ai faite comme ça après, j'ai pas pris deux gants, deux essuies, ça, non, mais, il y a des choses qui changent ...*
- Tu veux dire pour ta toilette à toi ?
- *Oui. Il y a comme ça des détails qui changent, mais ... Je ne sais pas. Vis-à-vis de ma mère, par exemple, j'avais vu le cours sur le tétanos, directement, je suis arrivée près d'elle, j'ai demandé si elle avait fait le rappel. Il y a tous des petits détails qui font qu'on pense, vis-à-vis de la vie ... Enfin, je ne sais pas comment expliquer ça. Puis on apprend plein de choses, c'est chouette, moi j'adore apprendre.*
- Donc, tu dirais que c'est surtout du point de vue de la maturité ...
- *Et de l'apprentissage, aussi, parce que c'est vrai que je crois que sur l'année ici, j'ai appris plus que dans mes six premières années, en fait, parce que ... en quantité de matière, c'est énorme. Mais c'est chouette, apprendre, c'est génial ...*
- Mais qu'est-ce que tu préfères dans les cours, alors ?
- *Ben, comme le cours de madame S., j'aime bien, moi, patho chirurgicales, on apprend avec les anévrismes tout ça, tous les trucs qu'on peut attraper, c'est chouette, quoi. Les besoins, ça m'a un peu pris la tête, parce que j'avais déjà vu l'année précédente, mais sinon, les cours pratiques, on apprend plein de choses, c'est génial, enfin, moi, j'aime bien, les cours de madame V., aussi sont chouette.*
- Elle donne quoi, madame V. ?

- *Pathologie pédiatrique, donc toutes les maladies des enfants, il y a pathologie spécialisée, avec la dyspnée, la cyanose, enfin, on apprend plein de choses, et alors, on met en relation, on met plein de choses en relation, quoi. C'est génial, quoi.*
- *Ça te plaît.*
- *Ouais, moi j'aime bien.*
- *Tu es contente, fin de l'année, de tout ce que tu as fait cette année-ci ?*
- *Ah ouais, franchement, ouais.*

Dans la mesure où il y a chez Jessica moins que chez d'autres de hiérarchie entre les soins de base à forte composante relationnelle et les soins techniques, les activités réalisées en stage ne lui procurent pas le sentiment de régression qu'exprime **Laura** et les cours théoriques lui apparaissent comme un prolongement logique de sa formation. **Jessica** réussira l'année avec distinction.

En revanche, pour **Laura**, la situation semble beaucoup moins satisfaisante : tout se passe comme si son choix de la formation d'infirmière devait signifier une rupture avec le monde des aides-soignantes, abandonnant la pratique des soins de base dévalorisés pour avoir enfin accès aux actes plus techniques qu'elle se représente comme plus spécifiquement infirmiers. **Laura** se dit donc déçue de ce qu'elle vit en stage car elle a l'impression de reproduire ce qu'elle maîtrisait déjà sans pouvoir progresser sur ce qu'elle pense être l'essentiel du travail infirmier. La déception de Laura est double. D'abord, elle quitte les stages avec l'impression de n'avoir rien appris de neuf et de valorisant, d'autre part elle constate que de toute façon, le métier n'est pas aussi valorisant qu'elle l'imaginait.

- *Si, maintenant, je prends plus globalement par rapport au début de l'année, est-ce qu'il y a de aspects sur lesquels tu te trouves changée ? Des choses que tu as vues ou que tu as apprises, et qui font maintenant que tu n'es plus la même personne qu'au début de l'année ?*
- *"Déformation professionnelle" ? [rires]*
- *Par exemple.*
- *Mmmm. Non. Ben il y a juste un truc... Je me pose la question maintenant à savoir si ... Le problème, c'est que moi, j'envisage des études d'infirmière, mais pas pour travailler en hôpital. J'adore ces études, franchement, j'aime bien, mais quand... Je ne sais pas si c'est à cause de ce stage-ci, mais ... je ne sais pas si je serai capable de faire trois ans dans des hôpitaux comme ça, tout le temps. Quand je vois la fille de troisième comme elle crevait en stage, je me dis : "Je voudrais pas être à sa place". Parce que moi, j'aimerais soit travailler plus à l'étranger, soit travailler dans des institutions, des trucs comme ça, mais pas travailler dans un hôpital. Je trouve que le travail n'est pas ... est ... pas valorisant. Enfin, si, valorisant, mais c'est pas assez ... pour moi, ça n'apporte pas assez de travailler dans un hôpital, quoi.*

Laura abandonnera la formation après son ajournement en première session pour se réorienter vers une formation en ressources humaines.

Les conclusions à tirer de cette diversité de profils en termes de produits de la formation sont humbles : aucune des dimensions évoquées n'est prédictive du devenir des étudiants. Seules **Jessica** et **Elise** réussiront l'année, chacune avec distinction. Le système de formation sanctionnera donc positivement deux personnalités pratiquement opposées : **Elise** réussit surtout en conformité avec la logique de la formation, en intégrant les principes, les valeurs et les

représentations; **Jessica** réussit plutôt en conservant et développant des compétences et comportements plus marginaux et peu encouragés par la formation.

Mélissa quitte la formation, mais à l'inverse, en dépit des mêmes fortes pressions qui pèsent sur elle, **Géraldine** n'abandonnera pas et recommencera la formation après son échec la première année.

Nicolas pensait quitter la formation, pour les motifs de santé, mais aussi en raison d'interrogations quant au sens de la formation nées après les stages. Finalement il continuera. En revanche, **Laura** qui s'était montrée très proactive dans la formation et dont les résultats aux évaluations partielles étaient plutôt encourageants choisira de se réorienter, "*elle ne se voyait pas faire ça toute sa vie*".

4.5.7 La socialisation au travers de l'enseignement clinique : synthèse intermédiaire

La conclusion principale que nous tirons de l'analyse de l'enseignement clinique est que les stages tels que nous les avons observés ne sont pas conçus comme des dispositifs d'apprentissage.

La plupart du temps, les étudiants ne bénéficient pas d'un accompagnement de leur activité et nous voyons peu de travail transversal sur la diversité des situations rencontrées qui permette aux étudiants de se construire un référentiel d'expériences les faisant progresser vers le stade *débutant*. Les stages sont donc prestés dans une logique de la *tâche*.

Cette situation se révèle peu efficace en termes d'apprentissage au plan instrumental. Nous observons surtout un gain en vitesse d'exécution ou dans la capacité de l'étudiant à s'en sortir par la débrouille (socialisation paradoxale).

Au plan de leur construction identitaire, les étudiants ne semblent pas non plus trouver en stage l'occasion de s'affilier positivement au métier.

Au plan expressif, la faiblesse de l'accompagnement en stage permet le transfert dans la continuité des représentations du corps et du patient développées en classe vers les unités de soin. Dans la plupart des circonstances et pour la plupart des stagiaires, le patient est abordé comme un objet idéalement soumis et les activités de soins restent très autocentrées.

Toutefois, les patients ne sont pas des mannequins, ils imposent souvent aux stagiaires une repersonnalisation des soins. Peu préparés aux interactions avec les patients, les étudiants se trouvent alors fréquemment en difficultés. Chez certains étudiants, ces difficultés sont niées, pour d'autres, elles provoquent l'abandon de la formation, pour d'autres encore, elles génèrent de nouvelles interrogations et attentes à propos des soins et de la formation.

Pouvoir y répondre est un défi pour la suite de la formation de ces étudiants.

5 Conclusions

Nous avons à présent fait le tour complet de la première année de formation des étudiants.

L'analyse des différentes facettes de la formation nous a permis de mettre en évidence les différents processus par lesquels, au cours de la première année, des corps de patients et de soignants étaient produits.

Dans ces conclusions, nous commencerons par reprendre de manière synthétique les résultats de nos analyses : quels sont les différents processus de socialisation corporelle mis en évidence dans l'analyse de la première année de formation en Soins infirmiers ? Quels en sont les produits en termes de corps du soignant, corps du soigné et de nature des soins ?

Nous essaierons ensuite d'établir quels sont les facteurs d'influence qui construisent la cohérence de la formation : comment peut-on comprendre le choix des dispositifs ? Quels sont les contextes culturels, sociaux et pédagogiques en référence auxquels ils se mettent en place ?

Enfin, nous envisagerons la question de savoir si des changements sont souhaitables, sur la base de quels principes et à quelles conditions ils sont réalisables : une autre socialisation corporelle des soignants est-elle possible et comment ?

5.1 Les processus et les produits de la socialisation

5.1.1 Le cas de la toilette du patient

Pour ne pas alourdir ces conclusions, nous avons choisi de synthétiser les processus de socialisation corporels observés au travers du fil conducteur que constitue *l'apprentissage de la toilette du patient*. La toilette du patient est un soin emblématique de la profession et il constitue un des axes de la formation en première année. Au plan de la formation, il concentre également de nombreuses caractéristiques partagées avec d'autres soins. Reprendre la manière dont il est abordé au travers des différentes facettes de la formation, cours théoriques, séances de travaux pratiques, stages, nous remet à l'esprit les logiques qui traversent la formation.

A. Les cours théoriques : le besoin d'être propre, le besoin de se vêtir

L'enseignement théorique aborde la toilette du patient par le biais du modèle de Virginia Henderson. Il y est question du "besoin d'être propre et de protéger ses téguments" et du "besoin de se vêtir et de se dévêtir".

Le choix de ce **modèle de référence** produit des effets en termes de construction du corps du patient. Les besoins sont présentés de manière découpée, sans lecture transversale, le patient est atomisé.

La structure et le contenu du modèle présentent la toilette comme une évidence non négociable, parce qu'il renvoie à un homme abstrait et universel dont les besoins seraient définis de manière

absolue. La toilette n'est pas contextualisée par rapport aux représentations socioculturelles du corps qui font de la toilette un moment délicat d'interaction.

Se laver va de soi. Si l'autonomie du patient est valorisée dans le discours, elle est contredite par le contenu du modèle Henderson : puisque le refus de se vêtir ou de se dévêtir est considéré comme un signe de dépendance, de même que l'attachement à certains vêtements, ou le refus de se laver ou de se peigner. L'idéal corporel est un corps soumis à la logique infirmière.

B. Les cours pratique : la toilette sur mannequin

Les séances sur la toilette précèdent chronologiquement les stages et sont placés en début de formation, avant les soins plus techniques. Ceci induit l'idée que les soins de base sont plus accessibles, demandent moins de qualification, ce qui les dévalorise aux yeux des étudiants.

L'essentiel des séances de travaux pratiques consiste à faire laver un mannequin par les étudiants selon une procédure précise.

Nous trouvons dans ces séances peu de réflexion sur ce qui constitue la toilette comme un soin (et donc comme spécifiquement infirmier), la spécificité infirmière semble se construire presque uniquement sur la rigueur d'application d'une procédure technique. Le formalisme devient une fin en soi.

Cette manière d'enseigner le soin coupe les étudiants de leurs compétences profanes. En insistant sur l'ordre des opérations (le visage avant les pieds, rincer après avoir mis du savon), on ne s'appuie pas sur leurs savoir-faire antérieurs et on construit artificiellement une spécificité infirmière.

L'absence de réflexion sur le soin (avec le bien être du patient comme finalité) installe les étudiants dans une logique d'activité autocentrée. La succession des étudiants à tour de rôle pour effectuer toujours les mêmes gestes de la même manière, mettant plutôt en évidence le semblable que l'attention à la diversité, induit aussi une uniformisation du soin.

D'une séance à l'autre, seule la progression technique est envisagée : toilette simple, puis toilette appareillée (avec pansement, perfusion, sonde, etc.). Aucune progression sur les aspects relationnels n'est envisagée, ce qui dévalorise les aspects relationnels en regard des aspects techniques et prive les étudiants du développement de compétences sur ce registre.

Le recours au mannequin, substitut objectif au patient, est un dispositif pédagogique qui produit de nombreux effets. Ainsi, des quatre principes qui devraient guider la toilette (communication, ergonomie et hygiène, pudeur, autonomie) seul l'ergonomie et l'hygiène peuvent être entraînés sur mannequin. Ceci crée une survalorisation des aspects techniques de la toilette par rapport aux aspects relationnels de ce soin. Cette simulation pauvre du patient le réduit à un objet, et prépare, pour les stages, un transfert sans discernement.

Le mannequin est également pauvre en expression des caractères corporels, il sollicite peu les sens et les émotions des étudiants, ce qui ne permet pas de travailler les aspects incarnés des soins lors des séances.

Les séances sur la toilette sont l'occasion d'évoquer la sexualité du patient, présentée comme mécanique, et l'attitude contrôlée du soignant que l'on attend.

C. La toilette à l'hôpital : l'abandon des stagiaires face au patient

A l'hôpital, les stagiaires effectuent dès les premiers jours de nombreuses toilettes de patients sans accompagnement (alors que les pansements et les injections sont toujours accompagnés). Par ce biais, les soins de base sont à nouveau déconsidérés.

Lorsqu'ils ne sont pas ou peu accompagnés, les étudiants transfèrent sans discernement et abordent les patients comme des objets. Dans la réalité de l'interaction avec le patient, de nombreux facteurs de repersonnalisation entravent l'attitude d'objectivation. Les étudiants sont alors souvent démunis, car peu formés et soutenus dans les aspects relationnels des soins. Ils ne sont à l'aise qu'avec les corps des vieux, qui sont les plus dociles et les plus proches du mannequin, les plus faciles à objectiver; ils sont mal à l'aise avec les patients éloignés du modèle du mannequin : les patients déments, ceux qui incarnent un partenaire sexuel potentiel, ceux qui leur rappellent eux-mêmes ou un proche.

L'absence d'accompagnement et de construction planifiée de leur apprentissage ne permet aux étudiants que de progresser sur la routinisation et la vitesse d'exécution des toilettes. Ils sont peu incités à construire un référentiel par la comparaison entre les cas rencontrés. Ils sont également évalués sur la réalisation correcte d'une toilette ponctuelle et non sur leur capacité à gagner en expérience et à utiliser cette expérience.

Dans les toilettes, les étudiants sont aussi confrontés aux odeurs, qui étaient absentes avec le mannequin. Ici aussi, c'est l'idéal du contrôle des perceptions qui apparaît pour l'attitude corporelle du soignant. La plupart du temps, le problème est posé de manière autocentrée (en quoi l'odeur est-elle gênante pour le soignant) et pas de manière hétérocentrée (en quoi l'odeur est-elle gênante pour la qualité du soin et le bien être du patient).

5.1.2 Quels processus, quels corps, quels soins ?

Si nous complétons ce récapitulatif de l'enseignement de la toilette avec les éléments observés lors d'autres séquences de la formation, nous pouvons brosser le tableau des principaux processus de socialisation corporelle à l'œuvre au cours de la première année de formation et leur produits en termes de corps du soignant, du soigné et de conception du soin.

Des processus de socialisation ...	... des produits de socialisation ...	... et une conception des soins
Des contrôles et des prescriptions formels lors des formalités d'inscription, dans les règlements de l'Ecole régissent la tenue des étudiants, les privent des attributs érotisants et personnalisants (maquillage, bijoux, etc.)	<u>Anonymisation</u> et <u>désexualisation</u> du <i>soignant</i> , qui se soumet à la définition collective du rapport à son corps	La tenue uniformisée est le support d'un certain rapport de domination entre soignants et soignés; il est aussi un élément du cadrage qui permet certains soins (interaction de rôle à rôle)

Des processus de socialisation ...	... des produits de socialisation ...	... et une conception des soins
La chronologie des apprentissages hiérarchise les différentes activités infirmières		Valorisation des actes à forte composante technique, dévalorisation des soins de base
Des modèles anthropologiques de référence théoriques, universalisants et analytiques.	<u>Atomisation</u> , <u>abstraction</u> et <u>soumission</u> du <i>patient</i>	Contrairement au discours de la formation, les modèles ne valorisent pas l'autonomie mais plutôt la soumission du patient au soin, dans une prise en charge morcelée
Un vocabulaire technique abondant (multiplication des catégories langagières) sans mise en relation avec les équivalents perceptifs	<u>Abstraction</u> du <i>patient</i>	
Une formalisation importante des soins, l'insistance sur le respect de procédures strictes		Détachement dans la prise en charge, faible implication du soignant dans le soin, compétences autocentrées
Le recours à un mannequin ou un objet (bassin réniforme) comme substitut au patient ...	<u>Objectivation</u> du <i>patient</i> ...	Prise en charge uniformisée des soins, transfert sans discernement entre l'école et l'hôpital, objectivation du patient comme stratégie de gestion des interactions
Le principe de retenue ...	<u>Contrôle</u> des émotions dans le chef du <i>soignant</i>	
Une progressivité des apprentissages basée sur le seul critère technique .		Absence de compétences du soignant sur les aspects interactionnels des soins
L'usage de médiation (gant, pince) lors des soins (No Touch)	Le <i>soignant</i> développe un <u>rapport inversé au toucher</u> : il se trouve dans un rapport en corps à corps avec les patients, et apprend à inhiber la manipulation directe des objets courants	
Simulation et mises en situation ambiguës	Résistance des jeunes <i>soignants</i> à la mise en jeu des corps	

Des processus de socialisation ...	... des produits de socialisation ...	... et une conception des soins
Faible accompagnement des étudiants en stage.		Dévalorisation des soins (de base) confiés aux stagiaires
Tâches routinisées réalisées entre stagiaires		Dévalorisation des soins (de base) confiés aux stagiaires, hiérarchisation des soins

Les processus que nous avons recensés sont nombreux et variés. Ils débordent largement des mécanismes d'imitation ou d'identification annoncés dans la littérature. La socialisation corporelle apparaît bien plus multiforme.

Bien sur, elle peut se dérouler par des effets de *manipulation directe* sur le corps, via l'imposition d'un uniforme, l'interdiction des bijoux, etc. et via la répétition mécanique et automatique des gestes en procédures routinisées. La socialisation du corps passe alors par le corps, dans une logique de type behavioriste.

Mais c'est loin d'être la seule voie. Il n'est pas nécessaire d'un travail sur la dimension physique du corps pour le transformer. Nous avons de nombreux exemples d'intériorisation d'une représentation du corps du patient et de l'attitude à son égard travaillée ... en l'absence même du patient et d'interaction avec celui-ci. Certaines incorporations de soins sont réalisées via le recours à un substitut du patient. Le choix de ce substitut oriente le transfert de compétence vers le patient, dans un autre lieu, et la manière de le prendre en charge. La socialisation peut donc se dérouler de manière *dissociée* dans le temps, les lieux (école/hôpital) et les supports (mannequin/patient).

Le langage, le type de discours utilisé dans la formation, le choix des référents théoriques, du vocabulaire technique produisent également un impact sur les représentations du corps qui se traduisent dans les comportements sans qu'il y ait de passage direct par le corps. Les effets sur le corps peuvent donc passer par un canal essentiellement *intellectuel et cognitif*.

La mobilisation des *émotions* constitue également un ressort de travail sur le corps en ce qu'elle renforce ou inhibe certains usages du corps.

La *chronologie* des apprentissages constitue un processus de socialisation du corps, en ce qu'il construit une représentation des activités infirmières et leur hiérarchie.

Il y a donc une variété de dispositifs pédagogiques qui socialisent activement le corps.

Plus curieusement peut-être, nous évoquerons également une forme de socialisation *par omission*. "Ne pas" travailler certains aspects de la socialisation corporelle est une forme de socialisation. Ainsi, le fait de ne pas aborder dans la formation la dimension incarnée des soins et les difficultés interactionnelles qui peuvent en découler renforce un rapport particulier au corps, reproduit les inhibitions et tabous corporels chez les jeunes soignants. De même, l'abandon des étudiants lors des stages constitue une socialisation *paradoxale* : cet abandon active chez les étudiants des mécanismes d'adaptation à un environnement hostile, aux situations de malaise, y

compris via un rapport particulier à son propre corps et à celui du patient. Les étudiants qui ne peuvent activer seuls ces mécanismes s'excluent de la formation.

Nous observons également que si la formation a pour objectif de former des soignants, elle ne produit pas uniquement les corps de *ces soignants*, mais contribue également à produire ce qu'est un corps de *patient*. Il est d'ailleurs frappant de relever les nombreuses homologues entre les corps soignants et soignés. "De quelque côté du lit que l'on se place", c'est la soumission et la dépersonnalisation qui se développent.

Ces conclusions permettent de dépasser le dualisme corps/esprit qui préside généralement aux débats sur les ressorts de l'action. Dans la lignée des travaux de Kaufmann, il apparaît ici de manière évidente que le corps, l'intellect et les affects se combinent avec des effets croisés.

Retenons également que les agents de la socialisation sont multiples : agents impersonnels dans les règlements d'admission, de tenue; enseignants dans les classes; infirmiers dans les services, mais aussi étudiants entre eux, soit pour se soutenir, soit pour s'exclure, sans oublier les patients dont l'existence incarnée influence le parcours de socialisation des étudiants.

5.2 Les facteurs d'influence de la formation

Au travers de l'exemple de la toilette, nous voyons la formation produire une représentation et une attitude appauvries du corps et de la relation au patient, réduisant le soin à une activité technique sur un patient objet. Les étudiants intériorisent des gestes techniques pour lesquels ils développent des objectifs instrumentaux, mais développent peu de réflexion sur la portée expressive des actes qu'ils posent.

Comment peut-on expliquer ces choix de formation ? Qu'est-ce qui amène les acteurs de la formation en Soins infirmiers à choisir de tels référents théoriques, à développer de tels dispositifs d'apprentissage, à concevoir de cette manière les stages ?

Nous défendons l'hypothèse que la formation en Soins infirmiers se trouve au centre d'un faisceau de facteurs convergents qui influencent les pratiques pédagogiques et rendent plus difficiles des pratiques alternatives.

Quels seraient ces facteurs ?

5.2.1 Le code culturel dominant

Nous l'avons dit en introduction, l'ordre expressif corporel de la société occidentale contemporaine est de nature ritualisée (Goffman, 1974, Lebreton, 1995, Picard, 1983) : il fonctionne comme une série de conventions de comportements relevant de la même logique, celle de l'effacement (oublier le corps, l'ériger en tabou) dont la transgression est vécue comme un danger. Ce cadre culturel macrosocial percole dans la formation en Soins infirmiers.

Il ne va donc pas du tout de soi de parler du corps et des difficultés corporelles dans une formation. Nous avons tous plutôt des "réflexes culturels" qui nous mènent à développer des résistances à toute mise en jeu du corps hors de contextes très particuliers. Culturellement, il nous est plus facile de recourir à des substituts tels que le mannequin, de développer une

approche plus théorique que pratique, qui met le corps à distance. Culturellement, nous avons tendance à valoriser les aspects techniques réifiant les corps par rapport aux aspects relationnels, nous endiguons les émotions et sensations liées aux interactions avec les patients, etc.

Le travail sur le corps n'est évident ni pour les enseignants, ni pour les étudiants. Proposer une autre approche que celle que notre culture prescrit demande donc une réflexion et une démarche volontariste, approfondie et persévérante des infirmiers à propos du corps, de la nature des soins et des caractéristiques des situations de formation qui peuvent aider à les transmettre aux novices pour parvenir à passer la barre des résistances des étudiants.

Des pistes sont sans doute à trouver du côté d'autres groupes qui cherchent également, dans d'autres domaines, des chemins alternatifs dans la manière de vivre son corps. Le monde de l'art, des philosophies orientales sont sans doute, parmi d'autres, des champs qui peuvent stimuler, de manière critique, la créativité du monde infirmier.

Dans tous les cas, faute d'une explicitation claire par les enseignants des difficultés des soignants dans le rapport au corps lors des soins et faute d'une démarche active et systématique de travail sur ces situations dans le cadre de la formation, les infirmiers se condamnent à reproduire bon gré, mal gré, des situations de malaises pour eux-mêmes et pour autrui, ou à développer des stratégies relationnelles qui les éloignent de leurs intentions de prise en charge globale et humaniste des patients.

5.2.2 Le contexte de professionnalisation des soins infirmiers

Les infirmiers souhaitent que leur pratique se professionnalise. Les analyses sociologiques fonctionnalistes qui se sont penchées sur les mouvements de professionnalisation ont montré que celle-ci passe souvent par une plus grande institutionnalisation de la formation, privilégiant les approches théoriques par rapport aux savoirs d'expérience, avec pour conséquence une mise à distance généralisée de la pratique. Nous avons observé cette tendance dans la formation.

D'autre part, l'approche interactionniste montre l'importance dans la professionnalisation de la légitimation d'une zone d'activité reconnue, réservée à la profession et contrôlée par elle. Dans le cas des soins infirmiers, l'enjeu consiste essentiellement à définir et légitimer une place propre entre les médecins et les autres personnels de santé, avec la construction d'un "rôle propre", avec un maximum d'activités réservées présentées comme spécifiques des infirmières. Il s'agit soit de pouvoir se faire octroyer un certain nombre d'actes que d'autres acteurs du champ médical ne peuvent prester, soit de prester des actes communs à d'autres soignants d'une manière qui les rendent spécifiques aux infirmières et identifiables comme tels.

Les médecins dominent le champ médical, en particulier le champ hospitalier. Ils témoignent généralement d'une vision du corps et du patient universaliste et objectivée et d'une conception techniciste du soin thérapeutique. Dans leur quête de professionnalisation, les Soins infirmiers rencontrent des difficultés à proposer et à légitimer des alternatives à cette approche. Leur stratégie consiste le plus souvent à s'inscrire dans la vision médicale du corps, en essayant de grignoter sur le domaine médical un maximum d'actes techniques exercés comme auxiliaire du médecin ou par délégation. Sur ces actes, la professionnalisation se construit dans le sillage de la médecine.

En ce qui concerne les activités infirmières qui ne sont pas définies par la prise en charge médicale ("le rôle propre"), l'enjeu est plutôt de se démarquer des autres personnels de santé. Plusieurs démarches sont possibles, elles dépendent de la manière dont on définit la spécificité de l'approche infirmière des soins. Ici aussi, il semble que le plus souvent, ce sont les critères dominants du champ médical (modélisation théorique, procéduralisation scientifique) qui guident le plus souvent les choix des soignants. Cela mène au développement de "techniques infirmières", construisant une démarcation nette et visible pour l'observateur entre la manière infirmière de procéder et les manières profanes. C'est ce que nous avons observé pour l'enseignement de nombreux soins.

C'est un défi difficile à relever pour les Soins infirmiers que de mener une professionnalisation qui propose une conception alternative du corps, du patient et du soin et de rendre cette approche légitime, sans tomber dans la dérive du formalisme et de la théorisation abusive dans la formation.

L'hôpital, dominé par la logique médicale, n'est sans doute pas le lieu le plus évident pour entamer ce travail. Bien que, quantitativement, les infirmiers soient à l'hôpital les acteurs les plus nombreux, les contraintes symboliques (croire que le changement est possible et oser) et réelles (compatibles avec la charge de travail, les prescriptions légales, les rapports hiérarchiques) y sont importantes. Des lieux plus "marginaux" du point de vue médical (les maisons de repos, les soins à domicile, etc.) constituent sans doute des espaces plus protégés et offrant plus de liberté aux infirmiers pour repenser leur rôle.

5.2.3 Les modèles proposés par la pédagogie

Selon nous, un autre facteur explicatif est à chercher du côté des modèles pédagogiques qui sous-tendent l'enseignement.

Les modèles pédagogiques contemporains sont ancrés dans la même matrice culturelle que les Soins infirmiers. On retrouve donc en pédagogie aussi une vision appauvrie du corps. Le rôle du corps dans l'activité d'apprentissage n'apparaît que rarement en pédagogie, soit dans les modèles behavioristes, soit dans les modèles développementaux (stade sensori-moteur). Ces modèles développementaux présentent le développement de l'intelligence comme le cheminement vers une activité de plus en plus intellectualisée (pensée formelle). Les modèles qui réincarnent la cognition sont encore rares (Dreyfus et Dreyfus, Varela, ...). Les travaux en didactique pour des disciplines à composantes sensorimotrices ne sont pas légion non plus, hors du champ de l'éducation physique. Dans la mise en place d'une formation qui réponde à ses objectifs, les Soins infirmiers trouvent donc peu de ressources adaptées dans le champ des Sciences de l'Éducation.

La formation en Soins infirmiers a aussi ceci de particulier qu'elle doit composer avec des risques bien réels des actes posés pour la santé des personnes. Cette contrainte rend donc difficile, voire même quelquefois impossible, le recours à des formes d'apprentissage de type "essais et erreurs" et rend plus difficile la mise au point de situations de formation authentiques et signifiantes pour les étudiants, telles que les recommandent les pédagogies du développement de compétences. La formation se voit donc souvent obligée de recourir à un apprentissage "à blanc" hors de l'hôpital, avec un travail sur mannequin. Ces dangers expliquent également en partie l'importance donnée aux procédures formalisées qui orientent l'action infirmière et minimisent ainsi les erreurs liées à l'incertitude.

Cet inventaire des différents facteurs influençant les dispositifs de formation n'est certainement pas exhaustif. Toutefois, nous observons une grande convergence de ces différents facteurs. Par leur conjonction cumulative, ces divers facteurs produisent des effets qui peuvent apparaître comme pervers par rapport aux objectifs annoncés de la formation. D'une part, la représentation du patient et sa prise en charge sont réduites à une approche techniciste souvent éloignée des intentions formatrices de départ; d'autre part, la formation en Soins infirmiers contribue plus généralement à la reproduction du système de soins, tant du point de vue instrumental (prise en charge tayloriste) que symbolique (réaffirmation de l'effacement ritualisé du corps), qu'à une transformation dynamique et créatrice d'un autre rapport au corps, au soin et au patient.

Il nous semble en effet que cette transformation du rapport au patient, de la conception des soins et donc de l'identité infirmière serait bienvenue tant au niveau du patient et de la qualité des soins que du bien-être au travail de l'infirmier.

5.3 Des voies alternatives

Le tableau que nous venons de brosser paraît, avec raison, caricatural. Nous n'avons jusqu'ici synthétisé que les facteurs convergents de la formation. Nous serions partielle si nous ne prenions pas la peine de relever avec le même soin les éléments du système de formation qui propose déjà des alternatives, du changement, des innovations.

Il faut rappeler la démarche de l'enseignante du cours de PGSI, qui propose une réflexion approfondie et critique sur les Soins infirmiers, qui dénonce auprès des étudiants les dogmes technicistes. L'enseignante du cours de Santé mentale qui apporte aux étudiants d'autres manières, moins légitimes, de regarder et de concevoir le corps. Son enseignement mobilise les corps et les émotions des étudiants dans la classe, les obligeant à interroger leurs évidences. Le cours de secourisme, avec son fonctionnement plus inductif et le recours aux mises en situation amène également les étudiants à mettre le corps en jeu et à en parler dans la formation. Dans certaines séances de travaux pratiques, l'enseignante incite les étudiants à s'identifier au patient, dans le but de développer leur capacité d'empathie. Du côté des étudiants, il faut aussi noter la solidarité entre les novices et les plus expérimentés sur les lieux de stage, les questions émergeant petit à petit à la suite du second stage, sur le sens des règlements et des uniformes, à propos de l'autonomie et du respect du patient, et sur les aspects relationnels des soins en général. Il y a des étudiants tels que Jessica, qui développent harmonieusement et avec une grande maturité des compétences techniques et relationnelles.

La situation actuelle montre donc également beaucoup de potentiel, chacun de ces éléments témoignant que des marges de manœuvres existent et que des alternatives sont possibles. Pour nous en convaincre, nous nous sommes livrée à l'exercice de repenser ce que pourrait être une manière d'enseigner la toilette du patient qui s'appuierait sur les éléments positifs que nous venons de rappeler (et sur un peu de sociologie aussi).

Au plan des référents théoriques, la toilette ne nécessite pas d'être présentée comme un besoin universel et absolu. Il est sans doute plus stimulant pour la réflexion et la pratique de l'envisager comme un besoin dans une large mesure socialement construit par une société qui

n'aime pas que le corps se manifeste trop crûment (il faut le laver et l'habiller). La toilette remplit une fonction d'hygiène mais prend surtout son sens en référence à un contexte social. Si c'est un besoin, ce l'est autant pour l'infirmière que pour le patient. *"A l'hôpital, on doit être propre"*, plutôt que *"il y a un besoin universellement humain de se laver et de s'habiller"*. Ceci pose la question de l'autonomie du patient à l'hôpital. Celle-ci ne peut non plus être posée comme une valeur absolue : elle est négociée avec les contraintes organisationnelles et culturelles de l'hôpital. On se lave pour l'hygiène, certes, mais aussi parce que l'apparence du corps est importante pour soi et pour les autres avec lesquels on vit. L'autonomie du patient, qui doit être encouragée, rencontre deux limites : d'une part, l'infirmière est responsable de lui et ne peut le laisser se mettre en danger (ne pas se laver s'il doit, mais aussi se laver s'il ne doit pas, ou s'il se lave trop ou mal), et d'autre part, l'hôpital est un lieu social, où la règle est de se comporter de manière à ne pas incommoder les autres, les patients, mais aussi le personnel qui effectue des soins sur ce corps. Par ailleurs, relativiser le dogme du propre et tolérer un peu du sale, tenir compte de ce qui fait sens pour le patient, permet aussi au soignant de poser un regard moins déshumanisé sur son corps.

Les séances de travaux pratiques doivent bien entendu transmettre les gestes techniques qui guident la toilette. Il est sans aucun doute important que tous les étudiants intériorisent l'ordre des séquences de la toilette. Mais ces gestes peuvent en grande partie s'appuyer sur les compétences antérieures des étudiants (dans l'ensemble, chacun voit bien comment se déroule une toilette). L'essentiel de la réflexion peut alors se concentrer sur la toilette comme soin. Qu'est-ce qui justifie qu'on la confie à un infirmier plutôt qu'à quelqu'un d'autre ? Quelles sont les compétences spécifiques pour soigner quelqu'un hospitalisé ? Comment laver quelqu'un sans aggraver son état et si possible en améliorant son bien être ? La toilette comme soin, c'est plus que "tout rendre propre".

Il est donc important que les étudiants, au-delà de la technique, développent des réflexes de précaution dans les toilettes (spécificité d'une PTH, d'une toilette post-opération cardiaque, attention aux pansements, etc.). Il s'agit de compétences professionnelles plus que de connaissances. L'important n'est pas de leur enseigner toutes les indications et contre-indications qui peuvent se présenter lors des toilettes, mais de développer l'attitude d'en tenir compte et de s'informer le cas échéant. Selon la terminologie de Dreyfus et Dreyfus, il s'agit de les préparer à enrichir leurs principes d'action par la diversité des cas rencontrés dans l'expérience clinique.

De ce point de vue, la chronologie cours théorique/séances pratiques/stages pourrait efficacement être revisitée. Un stage d'observation préalable aux séances de travaux pratiques pourrait donner plus de sens aux questions relatives à la toilette traitées en classe. Réciproquement, une séance de cours à la suite des périodes de stage serait utile pour aider les étudiants à progresser dans leur capacité à traiter des cas divers en distinguant les principes généraux et les cas particuliers.

Enseigner la toilette comme un soin, c'est aussi apprendre aux étudiants à fixer des objectifs autres que l'hygiène à la toilette d'un patient. Souhaite-t-on que la toilette soit un soin qui apaise, qui détende ce patient fatigué ou anxieux ? Ou un moment qui stimule cet autre patient à son indépendance fonctionnelle ? Ou encore une occasion d'observer le patient et de l'aider à se réapproprier son corps mutilé ou sa maladie ? Il n'y a de limite que l'imagination du soignant et la diversité des patients.

De cette manière, on encourage une attitude hétérocentrée du jeune soignant : la toilette réussie n'est pas celle pour laquelle il a suivi les règles et s'est senti à l'aise, c'est celle qui a rempli les objectifs qu'il avait fixés pour ce patient.

Lors des séances de travaux pratiques, il faut bien aussi arriver à évoquer la rencontre physique entre le patient et le soignant, avec les questions de pudeur, d'érotisation qui y sont liées. Une voie est à trouver entre la distance totale et l'engagement personnel. A l'instar de l'enseignante de soins infirmiers, nous trouvons important de réaffirmer la commune humanité du patient et du soignant, car cette similitude permet l'empathie du soignant. Cette empathie aide le soignant à trouver une "bonne distance" au patient, de le comprendre (pas de ressentir la même chose que lui), sans s'y noyer. Patients et soignants se rencontrent semblables comme sujets, mais différents dans leurs rôles sociaux.

Travailler ces compétences relationnelles peut difficilement se faire en classe à l'aide d'un mannequin, nous l'avons vu. Laver un des étudiants en classe ne résout pas la question. Peut-être peut-on amener les étudiants à expérimenter ce qu'ils ressentent en dehors de l'école, dans des situations de toilette qu'ils peuvent essayer à la maison. Laver le tronc d'un grand frère ou les jambes et les pieds d'un copain fournirait déjà un matériau intéressant pour discuter en classe de ce qu'on a ressenti et que l'on anticipe à partir de là pour la toilette d'un patient. Il serait intéressant que lors de ces exercices, les étudiants portent leur tenue de soignant, ce qui aiderait à mettre en évidence l'importance d'un cadrage spécifique pour rendre certains soins possibles.

Au cours des stages, l'accompagnement des étudiants dans leurs premières toilettes est primordial. De toilette en toilette, on peut les encourager non pas à les faire plus vite et de manière de plus en plus détachée, mais au contraire à enrichir leur référentiel des caractéristiques de chaque nouvelle situation (et des questions qu'elle pose). Il est alors important que les responsables de la formation construisent une progression qui ne soit pas seulement technique dans les toilettes proposées aux étudiants. L'évaluation porte plutôt sur le "carnet de bord" de l'étudiant, objectivant l'enrichissement transversal de ses compétences au travers des multiples toilettes réalisées. Dans cette optique, la réalisation de plusieurs toilettes ne doit plus être perçue comme une routine, mais comme une occasion d'élargir ses compétences à des contextes de plus en plus variés et difficiles. L'élargissement du référentiel ("carnet de bord") et son évaluation peuvent s'effectuer jusqu'au terme de la troisième année de formation, complété par les expériences diversifiées rencontrées dans des services plus spécialisés (la toilette en pédiatrie, la toilette dans un service de grands brûlés, la toilette à domicile, etc.).

L'investissement des professionnels expérimentés des unités de soins dans l'accompagnement des stagiaires lors des toilettes conduit également à une revalorisation des soins de base.

5.4 Et pour l'avenir ?

Une autre socialisation corporelle des soignants est possible. Il est possible de développer d'autres dispositifs pédagogiques, d'autres processus. Mais le changement n'est pas simple. Il demande des investissements à la fois dans le champ des Soins infirmiers pour clarifier les objectifs collectifs de professionnalisation (Quel soins infirmiers, quel corps du patient, quel corps du soignant ?) et dans le champ de la pédagogie, pour repenser les dispositifs de formation qui tiennent mieux compte des spécificités des Soins infirmiers et des contextes socioculturels.

Nous espérons que notre travail pourra apporter une contribution à cette réflexion et suscitera des réactions. Alors, ce *corps* tant malmené aura été le catalyseur d'échanges féconds entre les acteurs de la formation des soignants, qu'ils soient sociologues, infirmiers ou pédagogues. N'est-ce pas déjà une belle revanche ?

6 Bibliographie

- ABDELMALEK, A.A. et GERARD, J.-L.** (1994) *"Sciences humaines et soins"*, Paris : InterEditions, 395p.
- ANADI** (1998) *"Diagnostics infirmiers, 1997-1998 - définitions et classification"*, Paris : InterEditions, Masson.
- BASZINGER, I.** (1992) in **STRAUSS, A.** *"La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme"*, Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales.
- BAUTZER, E.** (2000) "La professionnalisation contre la compétence collective située; soigner la maladie ou accompagner le patient ?", in *"Action et identités : enjeux de recherches en Formation"*, ouvrage collectif, Paris : Laboratoire CRF, CNAM, coll. Questions de recherche en Education, n°2, 18p.
- BEDARD, D.** (2003) *"L'apprentissage et l'enseignement contextualisé : fondements théoriques et implications pédagogiques"*, conférence plénière de la Chaire de pédagogie universitaire/IPM, UCL, 25 février, document non publié.
- BENNER, P. & WRUBEL, J.** (1982) "Clinical knowledge development : the value of perceptuel awareness", in *"Nurse educator"*, 7, pp 11-17.
- BENNER, P.** (1995) *"De novice à expert. Excellence en soins infirmiers"*, Paris : InterEditions, 254p.
- BERNE, E.** (1975) *"Des jeux et des hommes"*, Paris : Stock.
- BOURDIEU, P.** (1979) *"La distinction. Critique sociale du jugement"*, Paris : Editions de Minuit, coll. Le sens commun.
- BOURDIEU, P.** (1980) *"Le sens pratique"*, Paris : Editions de Minuit.
- BOURDIEU, P.** (1984) *"Questions de sociologie"*, Paris : Editions de Minuit.
- BOURDIEU, P.** (1997) *"Méditations pascaliennes"*, Paris : Seuil.
- CHAUVENET, A.** (1973) "La qualification en milieu hospitalier", in *"Sociologie du travail : les professions"*, n° 2, pp 189-205.
- COLLIERE, M.-F.** (1982) *"Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers"*, Paris : InterEditions.
- DELCHAMBRE, N., LEFEVRE, M.-R., LIGOT, A., MAINJOT, N., MARLIERE, M.-F., et MATHIEU M.** (2000) *"Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain"*, Bruxelles : De Boeck Université, 71p.
- DELOBBE, N.** (1996) "Formation en entreprise et socialisation", in **FRANCQ B. et MAROY M.** (Eds.), *"Formation et socialisation au travail"*, Bruxelles : De Boeck Université, coll. Perspectives en éducation, pp 41-60.
- DONNELLY, G.F.** (1987) "The promise of nursing process. An evaluation", in *"Holistic nursing practice"*, 1 (3), pp 1-6.
- DREYFUS, S.E. & DREYFUS, H.L.** (1980) *"A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition"*, unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific research (AFSC), USAF, University of California at Berkeley.
- DREYFUS, H.L. & DREYFUS, S.E.** (1988) *"Mind over Machine"*, New York : The Free press.
- DUBAR C.** (1991) *"La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles"*, Paris : Armand Colin, coll. U, 278p.
- DUBAR, C.** (1996) "La socialisation : paradigmes, méthodes et implications théoriques", in **FRANCQ, B. et MAROY Ch. (Eds.)** *"Formation et socialisation au travail"*, Bruxelles : De Boeck Université, coll. Perspectives en éducation, pp. 25-39.
- DUBAR, C. et TRIPIER, P.** (1998) *"Sociologie des professions"*, Paris : Armand Colin, coll. U, 256p.

- DURY, C. (2001) *"Une pédagogie de l'intégration pour l'apprentissage des Soins infirmiers ?"*, mémoire de licence en Sciences de la santé publique, Bruxelles : UCL, 102p.
- EFRON, D. (1972) *"Gesture, Race and Culture"*, The Hage, Paris : Mouton.
- ELIAS, N. (1996, trad.) *"La civilisation des mœurs"*, Paris : Calman-Lévy, coll. Agora, 342p.
- FOUCAULT, M. (1975) *"Surveiller et punir"*, Paris : Gallimard.
- GADAMER, G. (1970) *"Truth and method"*, London : Sheer & Ward.
- GADOW, S. (1980) "Existential Advocacy : philosophical foundation on nursing", in SPICKER, S.F., & GADOW, S. (eds.) *"Nursing. Images and ideals"*, New York : Springer, pp. 79-101.
- GEHLEN, A. (1990) *"Anthropologie et psychologie sociale"*, Paris : Presses Universitaires de France.
- GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L. (1967) *"The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research"*, Londres : Weindenfeld and Nicholson.
- GOFFMANN, E. (1973) *"La mise en scène de la vie quotidienne : la présentation de soi"*, Editions de Minuit, coll. Le sens commun, Paris, 251p.
- GOFFMANN, E. (1974) *"Les rites de l'interaction"*, Paris : Editions de Minuit, coll. Le sens commun, 230p.
- HALL, E. (1968) "Proxemics", in *Current Anthropology*, 9, pp. 83-95.
- HEIDEGGER, M. (1962) *"Being and time"*, New York : Harper & Row.
- HENDERSON, V. (1964) "The nature of Nursing", in *"American Journal of Nursing"*, août, pp 62-68.
- HENDERSON, V. (1982) "The Nursing Process. Is the title right ?", in *"Journal of Advanced Nursing"*, 7, pp. 103-109.
- HENDERSON, V. & NITE, G. (1978, 6° ed.) *"Principles and practice of nursing"*, New York : Macmillan.
- HORSCHILD, A.R. (1983) *"The managed heart. Commercialization of human feelings"*, Berkeley : University of California Press.
- HUMPHRIS, M.R. (1979) "The nursing process. An application of scientific method", in *"Australian Nurses journal"*, 9 (4), pp. 30-31.
- ISAMBERT, F. (1979) *"Rite et efficacité symbolique"*, Paris : Eds. Du Cerf.
- JOURARD, S.M. (1966), "An exploratory study of body accessibility", in *"British journal of Social and Clinical psychology"*, 5, pp. 221-231.
- KAUFMANN, J.-C. (1992) *"La trame conjugale. Analyse du couple par son linge"*, Paris, Nathan, coll. Agora, 259p.
- KAUFMANN, J.-C. (1997) *"Le cœur à l'ouvrage. Théorie de l'action ménagère"*, Paris, Nathan.
- KAUFMANN, J.-C. (1998) *"Corps de femmes, regards d'hommes"*, Paris, Nathan, coll. Agora, 295p.
- KEROUAC, S., PEPIN J., DUCHARME F., DUQUETTE A., MAJOR F., (1994) *"La pensée infirmière"*, Laval : Editions Etudes Vivantes, 161p.
- LA MONICA, E. (1979) *"The nursing process. A humanistic approach"*, Menlo Park : Addison-Wesley.
- LANRIEC, Th. (1992) *"L'école à l'envers. Former des enseignantes en infirmerie"*, Paris : Editions Lamarre, 344p.
- LANRIEC, Th. (1993) *"Quelles formation pour l'infirmière aujourd'hui."*, communication au CEEIEC, Lens, 23 mars 1993, document non publié.
- LAWLER, J. (2002) *"La face cachée des soins"*, Paris, Seli Arslan, 288p.
- LE BOTERF, G. (1995), *"De la compétence : essai sur un attracteur étrange"*, Paris : les Editions d'organisation.
- LEBRETON, D. (1984) *"L'effacement ritualisé du corps"*, in *"Cahiers internationaux de Sociologie"*, LXXVII, pp. 273-286.

- LEBRETON D. (1988) *"Corps et société. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps"*, Paris : Méridiens Klincksieck.
- LEBRETON, D. (1991) "Handicap d'apparence : le regard des autres", in *"Ethnologie française"*, XXI, 3, pp. 323-330.
- LEBRETON, D. (1994) *"La sociologie du corps"*, Paris : PUF, coll. Que sais-je, 127p.
- LEBRETON, D. (1995) *"Anthropologie du corps et modernité"*, Paris : PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 263p.
- LEBRETON, D. (1998) *"Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions"*, Armand Colin, Paris, 127p.
- LEMENU, D. (2000) *"Enseigner ou apprendre des compétences ?"*, rapport de recherche Institut Supérieur d'Enseignement infirmier, Bruxelles, 123 p.
- LESUEUR, V. (1997) *"Nous, les infirmières"*, Paris : Pocket, 285p.
- LHEZ, P. (1995) *"De la robe de bure à la tunique-pantalon : étude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière"*, Paris : Interéditions.
- MAISONNEUVE, M. (1976) "Le corps et le corporéisme aujourd'hui", in *"Revue française de sociologie"*, vol. 17, n°4, pp. 551-571.
- MARRINER, A. (1983, 3^e ed.) *"The nursing process. A scientific approach to nursing care"*, St Louis : Mosby.
- MAUKSH, I.G. & DAVID, M. (1972) "prescription for survival", in *"American journal of Nursing"*, 72 (12), pp 2189-2193.
- MAUSS, M. (1950) "Les techniques du corps", in *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF
- MAUSS, M. (1973) "Techniques of the Body", in *Economy and Society*, 2 (1), pp 70-88.
- MCFARLANE, J. (1976) "A charter for caring", in *"Journal of advanced nursing"*, 1, pp 187-196.
- MCHUGHES, M. (1986) "Nursing process. Musing on the method", in *"Holistic Nursing practice"*, 1 (1), pp 21-28.
- MELIA, K.M. (1979) "A sociological approach to the analysis of nursing work", in *"Journal of advanced nursing"*, 4, pp 57-67.
- PAQUAY, L., BECKERS, J., COUPREMANNE, M., SCHEEPERS, C. (2002) *"Développement d'un outil pour analyser les dispositifs qui favorisent le développement des compétences et de l'identité professionnelles"*, Communication au colloque de l'AIPU, Louvain-la-Neuve, 29-31 mai 2002, document non publié.
- PARADEISE, C. (2003) "Comprendre les professions : l'apport de la sociologie", in *"Sciences Humaines"*, juin, n°139, pp; 26-31.
- PARKER, J.M. (1988) *"Theoretical perspectives in nursing. From microphysics to hermeneutics"*, paper presented at the third Nursing research Forum, Lincoln School of Health Science, La Trobe University, Melbourne.
- PENEFF, J. (1992) *"L'hôpital en urgence : étude par observation participante"*, Paris : Métailié, 258p.
- PERRENOUD, P. (1997) *"Construire des compétences dès l'école"*, Paris : ESF.
- PETITAT, A. (1994) "La profession infirmière", in AÏACH P. et FASSIN, D. *"Les métiers de la santé"*, Paris : Anthropos, pp. 227-261.
- PICARD, D. (1983) *"Du code au désir. Le corps dans la relation sociale"*, Paris : Dunod, coll. Organisation et Sciences humaines, 227p.
- RAJABLAT, M. (1999) *"Voyage au cœur du soin : la toilette"*, coll. Souffrance psychique et Soins, Paris, Masson, 112p.
- ROEGIERS, X. (1999) "Compétences et situation d'intégration", in *"Les compétences à l'œuvre"*, exposés et productions de la journée de rencontre de l'enseignement secondaire du 29 avril 1998, Louvain-la-Neuve : IMP, pp 19-25.

- ROMAINVILLE, M.** (2000) "Et maintenant, que vais-je faire ?", Les implications didactiques de l'approche par compétences. Exposé introductif au XXVII^e Séminaire d'été du CEDOCEF : *"Compétences socles, compétences terminales et nouveaux programmes, 22-24 août*.
- SAINSAULIEU, R.** (1987) *"Sociologie de l'organisation et de l'entreprise"*, Presses de la FNSP et Dalloz, 390p.
- SMITH, W.B. & LEW, Y.L.** (1975, 4^e ed.) *"Nursing care of the patient"*, Sydney : Dymocks.
- STINGLHAMBER-VANDER BORGHT, B.** (1994) *"Infirmière. Genèse et réalité d'une profession"*, Bruxelles : De Boeck, 332p.
- STRAUSS, A.** (1992) *"La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme"*, Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 319p.
- TOUPIN, L.** (1995) *"De la formation au métier"*, Paris : ESF, 205p.
- TURNER, B.S.** (1984) *"The Body and Society. Explorations in Social theory"*, Oxford : Blackwell.
- VARELA, F. J., THOMPSON, E., ROSCH, E.,** (1983) *"L'inscription corporelle de l'esprit"*, Paris : Seuil, La Couleur des Idées, 378p.
- VERANI, L.** (2001) "Accepter l'intimité des soins", in *"Soins"*, février, n° 652, pp. 32-33.
- VIGARELLO, G.** (1978) *"Le corps redressé"*, Paris : Editions Universitaires.
- WOLF Z.R.** (1986) *"Nursing rituals in an adult acute care hospital. An ethnography"*, thèse de doctorat, University of Pennsylvania.
- WRUBEL, J., BENNER, P., & LAZARUS, R.S.** (1981) "Social competence from the perspective of stress and coping", in **WINE, J.D. & SMYE, M.D. (editors)**, *"Social competence"*, New York : Guilford Press, pp; 61-99.

Annexes

ANNEXE I : Comment est organisée la formation d'infirmier(e) en Belgique?

(Voir également à ce sujet B. Stinghamber-Vander Borgh : 1994)

En Belgique, la formation des infirmiers est organisée à 2 niveaux : dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire et dans l'enseignement supérieur paramédical (graduat en 3 ans. C'est ce graduat qui nous intéresse.

Praticien(ne) de l'Art infirmier, le diplômé(e) d'infirmier(e) gradué(e) répond aux directives de la CEE et donne accès aux activités de l'Infirmier(e) responsable de Soins généraux dans les états membres de la Communauté européenne. Toutefois, *les conditions d'accès* à ces études restent différentes selon les états. Si en Belgique, il suffit d'être en possession du certificat d'enseignement secondaire supérieur (CESS) et de présenter un certificat d'aptitude physique, en France, en revanche, l'admission se fait sur la base d'un concours d'entrée. La conséquence de cette différence est que l'on trouve un nombre non négligeable de ressortissant(e)s français(e)s sur les bancs des écoles d'infirmier(e)s belges.

Il y a 14 établissements en Communauté française qui dispensent la formation en soins infirmiers.

Depuis le 1^o septembre 1993, une réforme des études est entrée en application afin de répondre à l'évolution des soins de santé et à leur mode de dispensation⁵².

Le contenu des études, ainsi fortement homogénéisé entre les établissements, est présenté comme suit dans la brochure d'information du CID (Centre d'Information et de Documentation études-professions-emploi) :

"La formation des infirmiers se base sur des connaissances théoriques et cliniques. Les stages habituent l'étudiant à réfléchir à son action, à établir les relations nécessaires entre les diverses disciplines et à vérifier l'efficacité de ses interventions." (CID, p.8)

"Les études d'infirmier gradué s'étendent sur 3 années (...). Le programme comporte des cours théoriques et des stages qui vont en s'intensifiant durant les trois années de formation. L'objectif du programme de cours est notamment d'assurer aux étudiants une formation polyvalente, d'introduire de façon progressive l'enseignement clinique (stages) et de favoriser le travail personnel et autonome des diplômés". (CID, p.12)

"La formation théorique occupe une place décroissante dans le programme des trois années, soit respectivement : 75% en 1^o année, 50% en 2^o année, 25% en 3^o année. Les cours théoriques

⁵²"Afin de mieux répondre aux exigences de formation prévues par l'Union européenne, la formation d'accoucheuse dure 4 ans; après une première année commune avec le graduat en soins infirmiers, l'étudiant peut opter pour cette orientation." (CID, p.12)

généraux concernent les matières de sciences biomédicales et de sciences humaines; les cours théoriques de soins infirmiers reprennent les matières ayant trait à l'art infirmier.

Quand à l'enseignement clinique, les étudiants prestent par semaine : 8 heures de stages en première année : étape de sensibilisation comportementale et instrumentale (aucun stage le week-end).; 16 heures de stage en 2^o année : étape d'apprentissage actif; 28 heures de stage en 3^o année, : étape d'intégration. Les stages sont organisés autour de 4 axes principaux : soins généraux aux adultes, mère et nouveau-né, enfant, adolescent; personnes âgées; santé mentale et psychiatrique." (CID p.13)

ANNEXE II : Description de la population de la première année au travers du questionnaire

Le jour de la rentrée académique, un questionnaire (reproduit en fin d'annexe) a été adressé à l'ensemble des étudiants de première année (144 questionnaires) dans la Haute Ecole qui participe à la recherche. En combinaison avec les données administratives du secrétariat, le dépouillement de ce questionnaire nous a permis de brosser un tableau de la population de première année. Cette collecte de données précoce et extensive remplit au moins 3 objectifs :

- Obtenir une vue d'ensemble de la population de référence, afin de pouvoir construire un échantillon raisonné pour le suivi longitudinal,
- Initialiser le recueil de données (fixer " T_0 "),
- Préciser un certain nombre d'hypothèses sur les représentations des études et de la profession des étudiants entrants.

A. Les variables sociodémographiques

Sur la base du questionnaire distribué le premier jour de l'année, et des données administratives du secrétariat de l'école, nous pouvons décrire la population au sein de laquelle les observations se déroulent.

- Si l'on considère tout d'abord la répartition des étudiants de première année **selon le sexe**, on observe sans surprise la majorité écrasante de la population féminine : 88,19% des étudiants sont des étudiantes.
- En ce qui concerne la distribution des étudiant(e)s **selon l'âge et le parcours scolaire antérieur**, on observera qu'environ 60% des étudiants de première année sont des étudiants de première génération, avec en moyenne une seule année de "retard" par rapport à une scolarité théorique (âge moyen de 19,75 ans). Selon les classes, entre 20 et 30% des étudiants de première année sont des redoublants, le restant étant constitué d'étudiants qui se sont réorientés dans les études d'infirmiers après un démarrage dans un autre secteur, paramédical ou non.
- La législation française est sévère quant aux conditions d'admission des étudiants aux études en soins infirmier (concours d'entrée). On retrouve donc une quantité non négligeable **d'étudiants français** dans les classes belges (environ 20%). Ces étudiants français soit ont échoué au concours français, soit se sont directement inscrits dans un établissement belge sans passer par le concours d'entrée. On observe parfois une influence de cette population sur le déroulement de la formation (représentation du métier, vocabulaire, réalité économique de la région, ...).

Au travers du questionnaire distribué à la rentrée, nous avons également collecté des informations sur la manière dont les étudiants anticipaient le métier et la formation. Les réponses des étudiants permettent de brosser un tableau de l'état de leurs représentations au démarrage de la formation. C'est en comparaison à ces représentations initiales que nous

pourrons identifier d'éventuelles modifications, aussi nous rapportons ici les éléments-clefs apparus dans l'analyse du questionnaire.

D. Les motivations au choix d'études et/ou de profession

Nous avons demandé aux étudiants de raconter comment s'était déroulé le choix des études d'infirmier(e). Voici les différents critères de choix spontanément énoncés, présentés par ordre décroissant d'occurrence.

- 43% des étudiants (62 étudiants) évoquent d'emblée comme motif de choix le *"désir de sauver"*, *"besoin d'aider les autres"*. Ce critère est aussi celui qui est le plus proche du stéréotype de l'infirmière tel que véhiculé par l'imaginaire collectif.
- Le second critère apparaît chez 32% des étudiants. 45 D'entre eux expliquent avoir choisi ces études pour *"le côté social"*, *"la communication"*, *"le contact avec le patient"*.
- Troisièmement par ordre de fréquence vient le choix d'études spontanément présenté comme *"une vocation"*, à la limite, un non-choix : *"j'ai toujours voulu faire infirmière"*, *"depuis que je suis petite j'aime les hôpitaux"*, etc. Ceci concerne 40 (28%) des 144 questionnaires, alors que seulement 13 étudiants présentent explicitement leur choix d'études comme le fruit d'un processus de décision rationnel par rapport à leurs aptitudes ou aux débouchés, par exemple. Cette tendance "vocationnelle" est un peu plus prononcée pour les filles que pour les garçons (pour lesquels elle tombe à 13%); un peu plus pour les Belges que pour les Français, et est assez logiquement plus marquée chez les étudiants de première génération (35%) que chez les autres.

Il est important de noter que dans la classe B, avec laquelle nous allons travailler de manière privilégiée, le taux est record (39%).

- La 4^e raison invoquée par les étudiants est la présence dans l'entourage (familial pour l'essentiel) d'infirmiers ou d'autres professions (para)médicales. Ceci est présenté comme un critère décisif par 28 étudiants.
- On relèvera également que 19 étudiants affirment avoir effectué leur choix sur la base d'un stage dans le cadre scolaire ou dans le cadre d'un bénévolat dans le secteur paramédical.
- 17 étudiants présentent leur choix comme une réorientation de parcours scolaire.
- Les autres raisons concernent moins de 10% des étudiants qui ont répondu au questionnaire. Nous les citons pour mémoire : un attrait pour les questions scientifiques et/ou techniques, l'expérience de la maladie pour soi-même ou pour un proche, un reportage ou une fiction télévisée sur le métier, l'admiration pour le métier, le choix d'un métier actif, varié.

E. Les anticipations positives par rapport aux études et/ou à la profession

Deux autres questions ouvertes soumises aux étudiants nous permettent de mieux cerner leurs représentations et anticipations par rapport à ce qu'ils vont vivre pendant leurs études et/ou leur métier.

Dans un premier temps, nous leur avons demandé quelles étaient les situations qu'ils anticipaient positivement, dans un second temps les situations qu'ils anticipaient négativement.

Qu'évoquent les étudiants comme situations positivement anticipées ?

- 65 étudiants, soit 45,14% de la population disent se réjouir du "*contact avec le patient*".
- 58 étudiants (40,80%) présentent les *stages* comme le moment qu'ils espèrent le plus.
- A nouveau un bon nombre d'étudiants parlent du désir, voire du plaisir à "*pouvoir aider, soulager*". C'est le cas de 41 étudiants (28,47%).
- Vient ensuite loin derrière (18 étudiants, soit 12,50%) le souhait de commencer des *cours de soins infirmiers*.
- D'autres anticipations positives sont évoquées, elles concernent moins de 10% des étudiants. Nous les citons en vrac : le contact avec les équipes soignantes, l'apprentissage de techniques de soins, l'application de théorie à des cas pratiques, le plaisir de se voir progresser, la gratitude du patient ou une future spécialisation.

On peut aisément conclure de cette analyse que la quasi-totalité des étudiants se réfère exclusivement dans ses anticipations positives à des situations de soins "réelles", soit en stage, soit dans la vie professionnelle, le milieu scolaire étant pratiquement absent de la projection positive dans l'avenir.

On retrouve également une nette prépondérance, *au niveau des réponses*, des aspects relationnels sur les aspects plus techniques de la formation et/ou de la profession.

F. Les anticipations négatives par rapport aux études et/ou à la profession

La troisième question ouverte se pose en symétrie de la précédente : que redoutent le plus les étudiants qui entament les études en soins infirmiers ? Il faut d'emblée noter que leurs appréhensions sont plus dispersées que ne l'étaient leurs enthousiasmes.

- Le nombre maximum d'occurrences revient *aux examens* et au *volume de matière* qui inquiètent 37 étudiants (25,69%). On voit ici apparaître le contexte scolaire, malheureusement connoté négativement.

- Immédiatement après vient la *mort*, et les difficultés à accompagner *un patient en fin de vie*. 36 étudiants (25,00%) redoutent d'y être confrontés.
- Les stages sont objets de craintes pour 19 étudiants (13,9%). Ambivalence donc des stages, espérés par les uns et appréhendés par d'autres. En tout état de cause, cela signifie que c'est un élément de la formation qui, même s'il est relativement limité dans le temps, ne laisse pas les étudiants indifférents.
- On relève pour 19 étudiants (13,9%) des appréhensions liées à la peur de *faire mal*, ... ou de mal faire, de commettre des *fautes*, *d'assumer des responsabilités* par rapport aux patients.
- 15 étudiants (10,42%) redoutent d'affronter la *souffrance* des patients et se demandent s'ils pourront y faire face.
- D'autres craintes apparaissent chez quelques étudiants : la crainte de la vue du sang ou de maladies défigurantes, la crainte également de s'attacher aux patients, de ne pas parvenir à communiquer adéquatement avec eux ou leurs familles, le sentiment d'impuissance par rapport à la maladie ou la souffrance, les contacts parfois difficiles avec le personnel des services hospitaliers.

G. La représentation des aspects relationnels de la profession

Etant donné l'importance annoncée par les étudiants des aspects de communication dans leurs choix d'études et dans leurs anticipations positives, nous avons également trouvé intéressant de présenter un résultat construit sur la base d'informations glanées transversalement aux trois questions ouvertes : comment le patient apparaît-il spontanément dans les réponses des étudiants ? Pour cela, nous avons enregistré la manière dont les étudiants désignent (ou non) de manière spontanée les personnes avec qui elles entreront en interaction durant leurs études et/ou leur profession.

- **31** étudiants décrivent leur choix, leurs attentes et leurs craintes sans faire à aucun moment de référence à une interaction humaine.
- **36** étudiants parlent de contact avec "*des gens, les autres*" en général.
- **35** étudiants évoquent le contact avec "*des patients*", "*des malades*".
- **40** étudiants spécifient qu'ils anticipent positivement de s'occuper de "*bébés*" ou d' "*enfants*".
- **1** seule étudiante évoque positivement le contact avec les "*personnes âgées*".

Ces chiffres, nous y reviendrons, sont révélateurs de la distance qui sépare les aspirations des étudiants de première année de la réalité hospitalière à laquelle ils seront confrontés, en particulier lors de leurs premiers stages!

7 Table des matières :

1	Introduction.....	6
1.1	Pourquoi s'intéresser à la socialisation corporelle ?.....	6
1.2	Le choix de la formation en Soins infirmiers	7
1.3	Un aperçu du contenu.....	8
2	La socialisation secondaire corporelle dans les soins infirmiers : quelques repères théoriques	9
2.1	Une réflexion sur le <i>corps</i> et les soins	9
2.1.1	Quelles dimensions corporelles dans les Soins Infirmiers ?.....	9
2.1.2	Gros plan sur le code corporel d'interaction	11
A.	Genèse du corps	11
B.	Un rituel	13
C.	Un effacement.....	15
D.	La transgression du rituel d'effacement	17
2.1.3	Conclusion intermédiaire	18
2.2	Une réflexion sur la <i>socialisation secondaire</i>	20
2.2.1	La socialisation secondaire comme développement de compétences.....	21
2.2.2	Gros plan sur le modèle des stades d'acquisition de compétences de Dreyfus et Dreyfus, adapté par Benner	24
A.	Trois transformations qualitatives	25
B.	Deux principes de progression.....	26
C.	Cinq stades d'acquisition.....	27
2.2.3	Conclusion intermédiaire	30
2.3	Une réflexion sur la dynamique de la professionnalisation infirmière.....	32
2.3.1	Gros plan sur la professionnalisation des Soins Infirmiers.....	33
A.	L'approche fonctionnaliste	33
B.	L'approche interactionniste	34
C.	Une tentative de synthèse.....	35
2.3.2	Conclusion intermédiaire	37
2.4	Synthèse des apports théoriques	39
3	La méthode de recherche et les lieux d'observation.....	40
3.1	Orientations générales	40
3.1.1	Une démarche de "théorisation ancrée"	40
3.1.2	Une recherche "en contexte naturel"	41
3.1.3	Une étude longitudinale	41
3.1.4	La nature des données	42
3.1.5	Récapitulatif du calendrier du recueil de données et nature des données recueillies	43
3.2	Notre terrain d'accueil : l'Institut H.A.P.P.I.....	43
4	Les processus de socialisation	46
4.1	Le cadre institutionnel : procédure d'admission	47
4.2	Les cours théoriques	50
4.2.1	Les référents théoriques : le modèle de Virginia Henderson : un modèle anthropologique organisateur.....	50
A.	Le modèle Henderson	51
B.	L'usage du modèle dans la formation.....	55
C.	Un des quatorze besoins : le besoin de communiquer (B10)	57

D.	Des patients à part : les mères et les nouveau-nés, les personnes âgées, les mourants	61
4.2.2	Le cours de Principes Généraux des Soins Infirmiers (PGSI) et le concept de Diagnostic Infirmier	66
A.	Les Diagnostics Infirmiers	67
B.	D'autres facettes du cours de PGSI.....	69
4.2.3	D'autres cours théoriques de Soins infirmiers.....	72
A.	Hygiène hospitalière.....	72
B.	Le cours de santé mentale	73
4.2.4	Une réflexion transversale sur la place du langage dans les cours théoriques.....	76
A.	La multiplication des catégories langagières	77
B.	La substitution des catégories langagières.....	78
C.	La requalification des connotations	78
D.	Le lien réciproque entre concept et perception.....	79
4.2.5	Synthèse des cours théoriques.....	81
4.3	Les séances de travaux pratiques	84
4.3.1	Les soins de base: intrication des dimensions instrumentales et expressives	84
A.	La réfection des lits.....	85
B.	La toilette complète au lit.....	89
C.	Synthèse des séances de travaux pratiques pour les soins de base	98
4.3.2	Les soins techniques	99
A.	Le besoin d'éliminer : le lavement	99
B.	Tension artérielle/pulsation	101
C.	Réfection des pansements : un rapport inversé au toucher	104
D.	Les prélèvements, examens de laboratoires et administration des médicaments ...	108
E.	Les injections	111
F.	Synthèse des séances portant sur les soins techniques	115
4.3.3	Le cours de secourisme : un contraste pédagogique	116
4.3.4	Le cours de manutention : une logique industrielle.....	130
4.3.5	L'école se met en scène : la séance de photos pour la brochure	135
4.4	La socialisation en contexte scolaire, les cours théoriques et les séances de travaux pratiques : synthèse	137
4.5	L'enseignement clinique : analyse des périodes de stage	143
4.5.1	Repères contextuels.....	143
4.5.2	Repères méthodologiques.....	144
4.5.3	Les "uniformes" et la complémentarité des rôles patients-infirmiers	147
A.	La tenue uniformisée à l'hôpital	147
B.	La tenue uniformisée dans la formation.....	150
4.5.4	Les stages comme dispositifs de développement de compétences.....	155
A.	Les stagiaires sont des novices.....	156
B.	De <i>novice</i> à <i>débutant</i>	158
C.	Accueil et prise en charge dans les unités de soin : indifférence et abandon.....	160
D.	Le quotidien des stages : routine et rentabilité	167
E.	Conclusion : un stage pour quels apprentissages ?	174
4.5.5	Les corps à corps patient-soignant	176
A.	Du mannequin au patient	176
B.	Toucher et sentir : le contrôle des perceptions	194
4.5.6	Six profils.....	202
A.	Des attitudes différentes par rapport à la <i>formation</i>	202
B.	Des préférences et attitudes différentes par rapport aux <i>soins</i>	208

C.	Un progression différenciée : des compétences autocentrées vers les compétences hétérocentrées.....	209
4.5.7	La socialisation au travers de l'enseignement clinique : synthèse intermédiaire.....	213
5	Conclusions.....	214
5.1	Les processus et les produits de la socialisation.....	214
5.1.1	Le cas de la toilette du patient.....	214
A.	Les cours théoriques : le besoin d'être propre, le besoin de se vêtir	214
B.	Les cours pratique : la toilette sur mannequin	215
C.	La toilette à l'hôpital : l'abandon des stagiaires face au patient	216
5.1.2	Quels processus, quels corps, quels soins ?	216
5.2	Les facteurs d'influence de la formation.....	219
5.2.1	Le code culturel dominant	219
5.2.2	Le contexte de professionnalisation des soins infirmiers	220
5.2.3	Les modèles proposés par la pédagogie.....	221
5.3	Des voies alternatives.....	222
5.4	Et pour l'avenir ?	224
6	Bibliographie	226
Annexes.....		230
ANNEXE I :	Comment est organisée la formation d'infirmier(e) en Belgique?	230
ANNEXE II :	Description de la population de la première année au travers du questionnaire.....	232
A.	Les variables socio-démographiques	232
D.	Les motivations au choix d'études et/ou de profession	233
E.	Les anticipations positives par rapport aux études et/ou à la profession.....	234
F.	Les anticipations négatives par rapport aux études et/ou à la profession.....	234
G.	La représentation des aspects relationnels de la profession	235
7	Table des matières :.....	236

