

THÈSE

pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ BORDEAUX 2

École doctorale Sociétés, Politique, Santé publique

Mention : Sociétés, Politique, Santé Publique

Spécialité : Sciences de l'Éducation

Présentée et soutenue publiquement

Le mardi 11 juin 2013

Par Catherine BARRAUD

**Professionnalisation des étudiants infirmiers et construction
identitaire : une approche par les représentations du métier et
sous l'angle de la catégorisation sociale inter IFSI**

Membres du Jury

Mme Jacqueline BECKERS, Professeure des Universités, Université de Liège (Rapporteur)

M. Régis MALET, Professeur des Universités, Université Montesquieu - Bordeaux 4 (Président du jury)

M. Christophe NIEWIADOMSKI, Professeur des Universités, Université Charles-de-Gaule - Lille 3 (Rapporteur)

M. Alain BAUDRIT, Professeur des Universités, Université Bordeaux Segalen (Directeur de thèse)

Il y a des moments dans la vie où la question de savoir si on peut penser autrement qu'on pense et percevoir autrement qu'on ne voit est indispensable pour continuer à regarder et à réfléchir.

Michel FOUCAULT
Préface à *L'usage des plaisirs*.

Avant d'enseigner quoi que ce soit à qui que ce soit, au moins faut-il le connaître. Qui se présente aujourd'hui, à l'école, au collège, au lycée, à l'université ?

Michel SERRES
Exergue à *Petite poucette*

Remerciements

Je remercie Monsieur Alain BAUDRIT pour sa patience, sa disponibilité et son indéfectible soutien,

Monsieur Joël RICH pour son humour, ses remarques toujours empreintes de bienveillance,

Élisabeth et Marie pour leur aide et leur présence chaleureuse,

Les étudiants des Instituts de Formation en Soins Infirmiers de la Croix-Rouge Française, de Dax, de Pellegrin et de Florence Nightingale des promotions 2007 et 2009, sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
PARTIE 1 : LA PROFESSIONNALISATION DES ÉTUDIANTS INFIRMIERS	16
1.1 La professionnalisation, une notion incontournable	17
1.1.1 Les multiples enjeux de la professionnalisation.....	17
1.1.2 Une notion polysémique.....	18
1.1.2.1 Définitions de la professionnalisation.....	19
1.1.2.2 Les objets de la professionnalisation.....	21
1.1.2.3 Distinction entre professionnalisation, professionnalité et professionnalisme.....	22
1.1.3 La genèse d'une profession.....	24
1.1.3.1 Métier et profession.....	24
1.1.3.2 L'apport de la sociologie des professions.....	25
La théorie fonctionnaliste.....	26
Les corps professionnels de Durkheim.....	26
La méta-théorie fonctionnaliste de PARSONS.....	27
La théorie interactionniste.....	27
La dynamique des activités professionnelles de Weber.....	27
Biographie et interaction de Hughes.....	27
Les « nouvelles » théories.....	29
La perspective libérale et marxiste.....	29
Les fondements du pouvoir professionnel de Friedson.....	29
1.1.3.3 La profession au sens « continental ».....	31
1.2 La professionnalisation des infirmiers : un processus inachevé	33
1.2.1 La professionnalisation en construction.....	33
1.2.1.1 L'exercice infirmier.....	33
Identification à la femme.....	34
Identification à la femme consacrée.....	35
Identification à l'auxiliaire du médecin.....	36
La période des réformes.....	37
Vers la professionnalisation.....	38
1.2.1.2 L'institution hospitalière.....	39
Des débuts à l'hôpital moderne.....	39
L'hôpital moderne.....	41
1.2.2 La recherche réaffirmée de la professionnalisation.....	42
1.2.2.1 Les infirmiers aujourd'hui.....	42
Une profession en crise.....	42
Profession infirmière : un métier de l'humain.....	47
Quelques données statistiques.....	50
Les perspectives professionnelles.....	51
Les pratiques avancées.....	51
L'ordre national infirmier.....	53
La recherche infirmière.....	55
1.2.2.2 L'organisation hospitalière.....	56
L'hôpital : crise et réformes.....	56
La modernisation de l'hôpital.....	56
Les réformes structurelles.....	59
La gouvernance hospitalière.....	60
Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires.....	60
Le développement professionnel continu.....	62
1.2.3 La construction d'une science infirmière.....	63
1.3 Le développement professionnel identitaire des étudiants infirmiers	64
1.3.1 Deux axes de professionnalisation.....	64
1.3.1.1 L'attribution des compétences.....	65
1.3.1.2 La construction de l'identité professionnelle.....	66
1.3.2 La formation initiale infirmière.....	68
1.3.2.1 Une formation d'adultes.....	68

Quelques définitions.....	68
La formation initiale : une socialisation secondaire	69
1.3.2.2 Historique de la formation	73
Des écoles de gardes-malades aux IFSI.....	73
Les programmes	74
1.3.2.3 Le référentiel de formation de 2009 : « la professionnalisation d'un parcours »	77
L'universitarisation de la formation.....	77
Définition de référentiel	79
L'approche par compétences.....	80
Un changement de paradigme.....	83
Critiques de l'approche par compétences	83
1.3.3 Les étudiants : de jeunes adultes en formation	84
1.3.3.1 Les jeunes	84
1.3.3.2 Les étudiants infirmiers	87
Données statistiques	88
1.3.4 Professionnalisation et identité professionnelle.....	90
PARTIE 2 : DÉVELOPPEMENT IDENTITAIRE PROFESSIONNEL : REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU MÉTIER ET CATÉGORISATION SOCIALE INTER IFSI	94
2.1 Le regard psychosocial sur la professionnalisation	95
2.2 Les identités	98
2.2.1 Identité personnelle, identité sociale.....	100
2.2.2 L'identité professionnelle.....	102
2.2.3 Le développement identitaire	106
2.3 Les représentations socioprofessionnelles	107
2.3.1 Les représentations sociales.....	107
2.3.1.1 Historique	107
2.3.1.2 Un savoir de sens commun.....	112
Définitions.....	112
Caractéristiques et fonctions	115
Pluralité des orientations et choix.....	116
Objets d'études des représentations sociales	118
2.3.2 Des représentations sociales aux représentations.....	120
professionnelles	120
2.3.2.1 Représentations et formation	120
2.3.2.2 Les représentations socioprofessionnelles.....	122
2.4 Les relations intergroupes et la catégorisation sociale	123
2.4.1 Délimitation de la notion.....	124
2.4.2 Définitions	125
2.4.3 Catégorisation sociale et représentation sociale	126
2.4.4 Fonctions de la catégorisation sociale.....	127
2.4.5 Les processus de catégorisation sociale	128
2.4.5.1 Le processus d'accentuation	128
2.4.5.2 Le processus de discrimination.....	129
Le favoritisme pro endogroupe	129
Les appartenances croisées à plusieurs catégories	129
L'influence du contexte	130
Les modes de catégorisation	131
2.4.5.3 Le processus d'homogénéité.....	132
2.5 Formulation des hypothèses théoriques	133
PARTIE 3 : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	135
3.1 Une posture à interroger	135
3.2 Le terrain de recherche.....	136
3.2.1 Les Instituts de Formation.....	136
3.2.2 Les étudiants infirmiers	139
3.3 Les méthodologies de recueil	140
3.3.1 Des méthodologies complémentaires.....	140

3.3.2 Méthodologie pour l'étude des représentations socio-professionnelles	141
3.3.2.1 La méthode du questionnaire	141
3.3.2.2 Techniques et tests statistiques	142
Le test du Khi 2	142
La comparaison de moyennes	142
L'analyse multidimensionnelle	142
3.3.3 Méthodologie pour l'étude de la catégorisation sociale.....	144
3.3.3.1 Intérêt épistémologique du groupe collectif	146
3.3.3.2 Limites de la « naturalité » du groupe.....	146
3.3.3.3 La technique d'étude de la catégorisation sociale	146
La technique de recueil.....	146
La technique de l'analyse de contenu	147
3.4 Les dispositifs de recueil.....	149
3.4.1 Présentation des deux dispositifs.....	149
3.4.1.1 Le questionnaire	149
Présentation des questions	150
Élaboration du questionnaire	150
De l'enquête préliminaire au questionnaire définitif	153
3.4.1.2 Le guide d'entretien	155
Le guide d'entretien 1 (1 ^{ère} année)	156
Le guide d'entretien 2 (3 ^{ème} année).....	156
3.4.2 La procédure de l'enquête	157
3.4.2.1 La date de passation.....	157
3.4.2.2 Le mode de passation.....	158
3.4.2.3 Le taux de réponses.....	159
Le questionnaire	159
Les entretiens	160
3.4.3 La retranscription des données.....	161
PARTIE 4 : ANALYSE DES DONNÉES ET DISCUSSION	163
4.1 Les étudiants et leurs IFSI d'appartenance	163
4.1.1 Une origine socioculturelle diverse	163
Le genre	163
L'âge	164
La profession et catégorie socio-professionnelle des parents	164
La PCS du père	164
La PCS de la mère.....	165
Les subventions	166
Le travail pendant la formation	166
Le cursus scolaire ou professionnel.....	167
Les promotions de 1 ^{ère} année	167
Les promotions de 3 ^{ème} année.....	167
La promotion professionnelle.....	168
4.1.2 Le projet professionnel des étudiants.....	168
Les raisons du choix du métier	168
Le projet post diplôme	170
4.1.3 L'institut de formation	171
Le concours d'entrée	171
Les valeurs	173
L'histoire des IFSI	174
L'auto évaluation des compétences	175
Les jugements sur le système de santé et l'universitarisation	176
Les apprentissages.....	179
4.2 Une catégorisation sociale évolutive	182
4.2.1 L'approche quantitative	182
Acceptation d'autres IFSI pour la formation	182
Les promotions de l'IFSI de la Croix-Rouge Française.....	183
Les promotions de l'IFSI de Dax	184

Les promotions de l'IFSI Bagatelle	184
Les promotions de l'IFSI Pellegrin	184
Refus d'autres IFSI pour la formation	185
Les promotions de l'IFSI de la Croix-Rouge Française.....	185
Les promotions de l'IFSI de Dax	186
Les promotions de l'IFSI Bagatelle	186
Les promotions de l'IFSI Pellegrin	186
4.2.2 L'approche qualitative.....	187
4.2.2.1 Remarques préliminaires.....	187
Présentation des analyses	187
Convention de référencement	188
4.2.2.2 Les promotions de première année	189
IFSI de la Croix-Rouge Française	189
Entretien de début d'année	189
Entretien de fin d'année	192
Type de catégorisation sociale CRF1.....	195
IFSI de Dax.....	196
Entretien de début d'année	196
Entretien de fin d'année	198
Type de catégorisation D1	200
IFSI Bagatelle.....	200
Entretien de début d'année	200
Entretien de fin d'année	202
Type de catégorisation sociale de B1.....	203
IFSI Pellegrin	204
Entretien de début d'année	204
Entretien de fin d'année	206
Type de catégorisation sociale de P1.....	208
Analyse des entretiens de première année.....	208
4.2.2.3 Les promotions de troisième année	209
IFSI de la Croix-Rouge Française	209
Entretien de début d'année.....	209
Entretien de fin d'année	212
Type de catégorisation sociale de CRF3.....	213
IFSI de Dax.....	213
Entretien de début d'année.....	213
Entretien de fin d'année	215
Type de catégorisation sociale de D3	216
IFSI Bagatelle.....	216
Entretien de début d'année.....	216
Entretien de fin d'année	218
Type de catégorisation sociale de B3.....	219
IFSI Pellegrin	220
Entretien de début d'année.....	220
Entretien de fin d'année	222
Type de catégorisation sociale de P3.....	225
Analyse des entretiens de troisième année.....	225
4.2.2.4 Synthèse des analyses des entretiens	226
4.3 Des représentations socioprofessionnelles en construction	229
4.3.1 L'approche qualitative.....	229
4.3.2 L'approche quantitative	229
4.3.2.1 Les représentations selon l'année.....	230
Les RSP de 1 ^{ère} année.....	230
Contributions de l'axe 1	230
Contributions de l'axe 2	230
Coefficients de corrélation entre les variables	231
Les RSP de 3 ^{ème} année.....	232

Contributions de l'axe 1	232
Contributions de l'axe 2	232
Coefficients de corrélation entre les variables	233
Synthèse	233
4.3.2.2 Les représentations selon l'IFSI	235
L'IFSI de la Croix-Rouge Française.....	235
Contributions de l'axe 1	235
Contributions de l'axe 2	235
Coefficients de corrélation entre les variables	236
L'IFSI de Dax.....	236
Contributions de l'axe 1	236
Contributions de l'axe 2	237
Coefficients de corrélation entre les variables	237
L'IFSI de Bagatelle	238
Contributions de l'axe 1	238
Contributions de l'axe 2	238
Coefficients de corrélation entre les variables	239
L'IFSI de Pellegrin.....	239
Contributions de l'axe 1	239
Contributions de l'axe 2	240
Coefficient de corrélation entre les variables	240
Synthèse	241
4.3.2.3 Les représentations selon la promotion	242
L'IFSI de la Croix-Rouge Française.....	242
Les RSP des ESI de CRF1	242
Contributions de l'axe 1	242
Contributions de l'axe 2	242
Les RSP des ESI de CRF3	243
Contributions de l'axe 1	243
Contributions de l'axe 2	243
Coefficients de corrélation entre les variables (CRF 1 et CRF 3)	244
IFSI de Dax.....	245
Les RSP des ESI de D1.....	245
Contributions de l'axe 1	245
Contributions de l'axe 2	245
Les RSP des ESI de D3.....	246
Contributions de l'axe 1	246
Contributions de l'axe 2	246
Coefficients de corrélation entre les variables (D 1 et D 3)	246
IFSI de Bagatelle.....	247
Les RSP des ESI de B1.....	247
Contributions de l'axe 1	247
Contributions de l'axe 2	247
Les RSP des ESI de B3.....	248
Contributions de l'axe 1	248
Contributions de l'axe 2	248
Coefficients de corrélation entre les variables (B 1 et B 3)	249
IFSI de Pellegrin.....	250
Les RSP des ESI de P1	250
Contributions à l'axe 1	250
Contributions à l'axe 2	250
Les RSP des ESI de P3	251
Contributions à l'axe 1	251
Contributions à l'axe 2	251
Coefficients de corrélation entre les variables des (P 1 et P 3).....	252
Synthèse	252
4.3.2.4 Les représentations selon le genre.....	254

Les RSP des étudiantes	254
Contributions à l'axe 1	254
Contributions à l'axe 2	254
Coefficients de corrélation entre les variables	255
Les RSP des étudiants	256
Contributions à l'axe 1	256
Contributions à l'axe 2	256
Coefficients de corrélation entre les variables	257
4.3.4.3 Synthèse des RSP selon le genre	257
4.3.2.5 Discussion des résultats.....	258
Les RSP selon l'année de formation.....	258
Les RSP selon les IFSI d'appartenance	259
Les RSP selon la promotion.....	259
Les RSP selon le genre	260
4.4 Une mise en perspectives	261
CONCLUSION.....	266
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	269
LISTE DES SIGLES UTILISÉS.....	284
INDEX DES AUTEURS	285
INDEX DES SCHEMAS, GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	288
ANNEXES	291

INTRODUCTION

La réforme du système de santé français semble être un leitmotiv, repris par nombreux de ses acteurs : les pouvoirs publics, les professionnels de santé, les usagers. En raison de la crise économique, de la faible croissance industrielle, de la rétraction de la masse salariale globale, ou encore de l'augmentation des inactifs et des chômeurs, certains pensent que le système de santé est devenu trop coûteux pour la collectivité nationale comme pour les ménages. Les citoyens usagers s'interrogent sur l'avenir de la protection sociale; la politique de santé semble désormais confrontée à des choix impossibles. La question se pose dorénavant en ces termes : quel coût -ce coût n'étant pas peut-être seulement financier– pouvons-nous supporter pour la santé ? Et en filigrane l'interrogation plus fondamentale : quel système de santé voulons-nous pour demain ?

La réforme du système de santé s'inscrit dans le temps : ses débuts peuvent être repérés en 1941, avec l'ouverture de l'hôpital à toutes les classes de la société et le retour de l'État dans la gestion hospitalière ; ou encore en 1958, avec la réforme Debré qui instaure les Centres Hospitalo-universitaires (CHU) et l'emploi à plein temps des médecins. En 2009, la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) restructure la gouvernance hospitalière et l'organisation des soins. La mission « hôpital public » a été mandatée pour évaluer son application et elle a avancé des propositions afin d'améliorer certains points, comme la tarification à l'acte (T2A).

Informées des récentes orientations politiques, les infirmières¹ s'interrogent sur leurs missions, éventuellement nouvelles, sur leur légitimité. Le rapport Berland, sur la « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », paru en octobre 2003, préconise treize expérimentations sur le transfert de certaines compétences médicales aux infirmiers. En effet, les médecins connaissent eux aussi une pénurie d'effectifs : moins nombreux, ils envisagent de demander aux infirmiers de pratiquer certains soins médicaux, comme des endoscopies ou des prescriptions pour certaines maladies chroniques. Les transformations prônées ébranleront certainement les fondations réglementaires, déontologiques ou encore sociales de la profession. Cela pourrait amener à reconsidérer les conditions de la légitimité de la profession : il serait alors nécessaire d'élaborer un nouveau cadre législatif et de procéder à un réajustement du programme. Des interrogations se font jour : s'agit-il d'un transfert de compétences ou, plus prosaïquement, d'actes ? La profession

¹ Lire indifféremment « infirmière-infirmier », sauf spécification contraire. Nous reviendrons sur notre choix du genre féminin.

aura-t-elle la capacité démographique d'absorber ces transferts ? Voudra-t-elle les assumer ? Quelles seront les valorisations institutionnelle et salariale de ces changements ?

Certains professionnels de santé pensent que la réforme a un but qui n'a pas été clairement énoncé : celui de réduire les dépenses publiques de santé dont environ 70% sont dus aux frais de personnel. Pour eux, il s'agit plus d'un glissement de tâches que d'un transfert de compétences et de l'annonce d'une nouvelle qualification. Pour certains syndicats, cette nouvelle donne débouchera sur un changement profond quant aux domaines de compétences des professionnels de santé, changement qui devrait être accompagné d'un débat. Ce domaine de compétences pourrait également être remis en question par le déploiement de certains emplois d'aide aux populations vulnérables (personnes âgées ou handicapées, jeunes enfants), déploiement fortement encouragé par les autorités de tutelle, ces nouveaux emplois requérant un plus faible niveau de formation, à un coût moindre.

En parallèle, les conditions de travail sont perçues dans l'ensemble comme moins satisfaisantes. Plusieurs facteurs se rejoignent pour alimenter cette perception : l'évolution de l'hôpital en centre de diagnostic, ayant comme conséquence la réduction de la durée moyenne du séjour des malades, la réduction du temps de travail et la perception d'un accroissement de la charge de travail. L'hôpital public se trouve ainsi amené de manière la plupart du temps programmée à « fermer des lits » ou à recruter, surtout pendant la période des congés d'été, du personnel intérimaire.

Et il semble bien que le système de santé dans son ensemble soit en crise. En témoignent entre autres les titres de nombreux ouvrages ou articles qui ont fleuri : « La crise des professions de santé », « Tempête sur l'hôpital », « Le malaise des soignants », « Réinventer l'hôpital public » (Kervasdoué, 2003 ; Labayle, 2002 ; I. Sainsaulieu, 2003 ; Grimaldi, 2005)

Les mutations que le système de santé a pu connaître depuis une trentaine d'années ne se sont pas déroulées sans heurt pour les professionnels peu habitués à revendiquer sur la place publique. Cette période est émaillée de grèves infirmières dont la première eut lieu en 1984. Elle fut initiée par un arrêté du Conseil d'État cassant, à la suite d'un recours déposé par des représentants de médecins biologistes, le décret de mai 1981. Le litige portait sur la réalisation des prélèvements sanguins. Mais c'est peut-être dans la remise en cause de ce décret reconnaissant les soins infirmiers du « rôle propre » (pour lesquels l'infirmière a l'entière initiative et *ipso facto* la responsabilité), donc une tentative de se dégager de la tutelle exclusive des médecins, qu'il faut chercher une des origines du succès de ce mouvement de contestation. Plus tard, la grève de 1988 éclatera après la publication de

l'arrêté Barzach, ministre de la Santé, médecin et femme, supprimant le baccalauréat comme diplôme nécessaire pour se présenter au concours d'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)². Cet arrêté cristallisera le mécontentement grandissant des infirmières et sera l'opportunité d'une unification, bien que balbutiante, des mouvements de revendication et d'un apprentissage de la révolte, étrangers pour ainsi dire à l'histoire de la profession (Kergoat et *al*, 1992).

Tout semble se dérouler comme si le contexte politico-économique agissait dans le sens d'une contrainte exercée sur la profession infirmière pour qu'elle opère une mutation, une transformation profonde. Crise globale donc et tous les acteurs qui gravitent dans son champ d'attraction sont touchés ; et parmi eux, les infirmiers qu'ils soient diplômés ou en cours de formation.

Nous ne pouvons évidemment pas ignorer que le contexte social en ce début de XXI^e siècle est différent de celui des débuts de la profession infirmière. Les plus jeunes infirmières, sont les « enfants de ce siècle ». Elles agissent, réagissent et interagissent comme des sujets sociaux contemporains. Ainsi, certaines jeunes diplômées s'orientent vers l'exercice intérimaire dès l'obtention de leur diplôme. Ce choix est parfois vécu comme un phénomène aggravant la pénurie, comme une « défection », par certains professionnels de terrain. Pour eux, il signifierait le refus de s'engager dans l'exercice professionnel traditionnel avec ses règles, ses valeurs, et de s'inscrire immédiatement et durablement dans le groupe collectif professionnel. Ce jugement est cependant nuancé car des auteurs comme Galland (Galland, 2001 et 2004) avancent que jeunesse ne rime pas forcément avec perte des valeurs et non engagement. Les valeurs présentes chez les jeunes seraient à peu près similaires depuis vingt ans. Le regard porté sur ce choix professionnel doit être alors plus attentif : le choix de l'intérim signe-t-il un refus ou bien alors un sursis d'engagement de la part des jeunes infirmières? Ce serait plutôt une sorte de position « attentiste », fruit d'une analyse plutôt pragmatique des enjeux professionnels, l'engagement *a minima* pouvant être perçu comme une garantie d'adaptabilité au système en train de se transformer.

Dans ce contexte, l'institution de formation est parfois convoquée par certains responsables professionnels (directeurs d'hôpitaux, directeurs des soins, médecins inspecteurs des tutelles...) pour répondre des manques, des déficiences, des lacunes du dispositif de formation pouvant expliquer ce qui est qualifié de « non-engagement » de ces jeunes diplômées. Dans les conditions actuelles de massification de la population en formation, on

² Dans la suite du travail, nous emploierons le sigle « IFSI » pour désigner ces Instituts de Formation.

perçoit la difficulté d'encadrer la formation de ces jeunes et les formateurs³ sont eux-mêmes pris dans ce contexte global mouvant.

Face à ces incertitudes, la question se pose de savoir si l'étudiant, dans ce système, est un véritable acteur ou un agent au sens que Bourdieu donne au terme. Les jeunes étudiants peuvent-ils trouver des repères, des amers, afin de faciliter leur entrée dans la communauté professionnelle ? La construction de ces repères est-elle favorisée par le cadre qui leur est proposé ? L'étudiant infirmier engagé dans un processus de formation est parfois fantasmé comme étant un individu en perte de valeurs, ne pouvant ou refusant même de participer à la construction d'une identité professionnelle. En fin de compte, les étudiants infirmiers semblent plutôt mal connus par les formateurs et ce travail vise à mieux les connaître.

C'est dans et pendant la formation que la dynamique de la construction de l'identité professionnelle commence à s'enraciner. Ce temps de formation procède d'une socialisation secondaire visant à l'incorporation de savoirs spécialisés, professionnels (Dubar, 2000). La formation amène les étudiants à entrer dans un univers professionnel, à construire leur regard sur la profession et ainsi à passer d'un regard profane à un regard professionnel. L'ancrage de ces savoirs spécialisés dépend des raisons qui ont conduit ces étudiants à faire ce choix professionnel et de ce qui, dans la formation elle-même, les invite à faire en quelque sorte un pas de côté et à adopter une position réflexive, interrogeant leurs pratiques. La sensibilisation à cette démarche, cette acculturation professionnelle, ce processus de professionnalisation, s'inscrit dans le temps.

Devant la montée du chômage⁴ qui touche les cinq continents et tous les systèmes économiques, de la précarité dont même certains salariés ne peuvent dorénavant se protéger, la notion de professionnalisation semble être une solution évoquée par tous : elle est présentée comme un moyen permettant l'adaptabilité aux changements du monde du travail en améliorant l'employabilité des individus. C'est cependant une notion floue, en tension (Maubant, 2005), une notion en clair-obscur (Kaddouri, 2005). Sa signification varie en fonction de la personne, du groupe, ou bien encore de l'institution qui y fait référence. Les différents acteurs du système de santé (organisations, groupe professionnel, dispositifs de formation) ont des logiques différentes. Les organisations et le groupe professionnel privilégient comme type de professionnalisation une approche par les activités et par les savoirs. Qu'en est-il de la professionnalisation au niveau des individus, des étudiants infirmiers ?

³ Il convient de lire indifféremment « formatrices- formateurs », sauf spécification contraire.

⁴ Taux de chômage dans la zone euro (OIT-mai 2012) : 11,1 % des actifs.

Le thème de la professionnalisation est indubitablement omniprésent aujourd'hui. Né dans le milieu de l'entreprise, il parcourt toutes les sphères, publique ou privée, et tous les champs : politique, économique, éducatif⁵... Son usage répandu, partout et par tous, est un des signes de sa forte valence idéologique. Le salarié doit pouvoir prouver qu'il est un bon professionnel, qu'il a acquis au sein de l'entreprise des compétences qu'il améliore pendant toute sa vie professionnelle, dans le cadre de la formation tout au long de la vie. En formation initiale, l'étudiant ou l'apprenant suit un parcours d'apprentissage, pensé et élaboré par d'autres, concrétisé dans un référentiel de formation basé le plus souvent aujourd'hui sur l'approche par les compétences. Notre fonction de cadre de santé formatrice en institut de formation initiale nous a amené à être actrice et témoin des différentes évolutions du système de la formation infirmière dans un centre hospitalier universitaire.

Adoptant un regard psychosocial caractérisé par sa tiércéité, nous approcherons la construction identitaire des étudiants en soins infirmiers : cela implique d'étudier parallèlement l'émergence des représentations socio professionnelles et le processus de catégorisation sociale intergroupes (Moliner, 1996).

Les modalités de sa concrétisation ne peuvent ignorer ce qui anime les individus à l'entrée en formation : porteurs d'attentes familiales et de désirs personnels, ils s'inscrivent dans une trajectoire ayant une origine familiale transgénérationnelle ; ni ignorer non plus les représentations qu'ils se font de cette profession, imaginée, rêvée, crainte... Quelles sont les représentations socio professionnelles de ces étudiants concernant leur future profession ?

Les étudiants identifient leur IFSI comme leur groupe d'appartenance. Chaque groupe ne peut ignorer l'existence de l'autre dans ce même champ. Étudier le processus de la construction identitaire doit considérer ensemble ces deux axes : les représentations socio-professionnelles et les relations intergroupes. Si l'identité évolue en fonction d'autrui, l'identité professionnelle se construit grâce aux relations instaurées avec les groupes professionnels.

Dans une première partie, nous chercherons à circonscrire la notion de professionnalisation, et à repérer les logiques à l'œuvre dans le milieu de la formation initiale infirmière.. Puis, nous présenterons la profession infirmière⁶ dans une perspective socio-

⁵ Ce qualificatif englobant également le domaine de la formation.

⁶ Nous utiliserons dans le début de ce travail le terme de profession infirmière, reprenant le terme utilisé par les textes législatifs.

historique en tenant compte des développements de deux secteurs qui sont intimement liés à la profession : la formation et l'hôpital.

Au cours d'une deuxième partie, adoptant un regard psychosocial, nous articulerons les approches théoriques des représentations socio-professionnelles et celle de la catégorisation sociale.

Dans une troisième partie après avoir posé nos hypothèses de recherche, nous présenterons le cadre méthodologique de notre enquête et les dispositifs de recueil des données.

Les résultats seront présentés et discutés dans une quatrième partie. Enfin, avant de conclure notre travail, nous mettrons en perspective les fruits de notre recherche.

PARTIE 1 : LA PROFESSIONNALISATION DES ÉTUDIANTS INFIRMIERS

La profession infirmière est une profession réglementée depuis 1922 avec la création du brevet de capacité. Néanmoins son histoire, empreinte de domination, de contraintes, peut se lire comme une lutte pour sa reconnaissance et son autonomie. Le mouvement de professionnalisation qui touche les milieux du travail et de la formation repose plus fortement aujourd'hui la question de la place de chacun des acteurs dans ce processus : institution, groupe professionnel, dispositifs de formation et les premiers concernés, les étudiants infirmiers.

Sans aller jusqu'à faire preuve de flexibilité comme dans l'entreprise privée, les professionnels doivent s'adapter : à de nouveaux postes, à de nouvelles façons de travailler, à de nouvelles activités. Ces bouleversements peuvent parfois déstabiliser les professionnels par manque de repères. Il en résulte une sorte de crispation dans les relations, où les professions cherchent à « fermer le marché », selon l'expression des sociologues de la profession.

Nous reprendrons l'expression de « métier de l'interaction humaine », suivant en cela Beckers (2007), car le métier d'infirmière est un métier singulier. Il s'agit tout autant d'avoir une compétence technique pour dispenser des soins de qualité, parfois techniquement complexes, et aussi d'instaurer une relation singulière avec le malade qui vit une situation dramatique (dans le sens étymologique du terme). L'infirmière se trouve dans l'exercice de son métier face à cet événement irréductible de l'existence de tout être humain : la mort. Dès le début, l'infirmière n'a pu occulter ce vaste champ qui ne relevait pas du traitement, de la guérison, mais du prendre soin, du *caring*, de la finitude de la vie.

Apprendre un métier qui met en jeu sa personne tout entière, son histoire, ses expériences, ne peut se réduire à l'acquisition de savoir-faire transférables. Faire sien ce métier consiste aussi à effectuer un mouvement identitaire, qui peut être, nous le verrons, qualifié de stratégie ou de dynamique, de développement ou de transaction. Nous souhaitons mettre en lumière, du moins rendre plus saillant, ce processus de construction identitaire, aujourd'hui peu étudié. En effet, les différents travaux sur la professionnalisation des infirmiers portent davantage sur les professionnels en exercice que sur les étudiants en formation initiale. Nous verrons que la majorité de ces travaux cible l'activité et/ou le savoir à l'œuvre dans les situations de travail, et, concernant les étudiants, les logiques d'apprentissage qui les amènent à l'amélioration de la performance. Nous nous attacherons dans ce travail à explorer la professionnalisation des étudiants infirmiers pendant le temps de la formation.

Concernant la professionnalisation, que peuvent nous apprendre l'histoire et les perspectives d'avenir de la profession ? Quel éclairage peut nous apporter le changement récent du référentiel de formation ? Les travaux de recherche ou études effectués nous permettent-ils de mieux cerner le processus à l'œuvre ?

Les termes comme « professionnalisation », « compétence » étant fortement polysémiques, nous emploierons désormais celui de « notion » pour les évoquer. Nous nous centrerons sur le mode d'exercice le plus prégnant dans la profession (exercice hospitalier, dans une structure publique) et sur la formation infirmière initiale.

1.1 La professionnalisation, une notion incontournable

La sociologie des professions dont les études originaires sont anglo-saxonnes nous aidera à clarifier ce qu'est une profession, à repérer comment elle se constitue, à suivre la dynamique de l'évolution d'un métier en une profession. Le mot « professionnalisation » provient de l'anglais *to professionalize* qui désigne l'action qui permet de prétendre à la maîtrise d'une profession ou d'une activité professionnelle (Rey A, 1998).

Plus que la définition du mot, ce sont les références théoriques et les intentions sociales qui lui donnent son sens (Sorel, 2008, p.39). Ce terme est souvent opposé au concept de qualification et souvent associé à la notion de compétence.

Terme apparu en France dans les années 1970 (Roche, 1999, p.36), la professionnalisation peut être vue comme une intention sociale, voire une exigence sociale (Astier, 2008, p.63) : tout groupe social cherche à préserver son autonomie ; de la part des organisations, l'injonction de professionnalisation est sous-tendue par l'idée que soit l'opérateur n'est pas compétent, soit qu'il est dans l'impossibilité à produire la compétence (*id.*, p. 67). Certains auteurs parlent d'un terme « fourre-tout », « valise », « polymorphe ». Cependant, la charge idéologique est tellement forte que la notion en devient incontournable aujourd'hui dans les milieux du travail et de la formation (Champy-Remoussenard, 2008). Nous présenterons en premier lieu les enjeux de ce processus puis nous aborderons les différentes définitions

1.1.1 Les multiples enjeux de la professionnalisation

Les enjeux sont multiples et varient en fonction des personnes qui emploient ce vocable. Même si cette notion a été remise sur le devant de la scène par la loi sur la formation professionnelle de 1971, c'est un débat fort ancien : Durkheim défendait le principe que l'enseignement secondaire dans certaines filières ne devait pas préparer à l'exercice de métiers

mais à certaines aptitudes (peut-être dirions-nous aujourd'hui compétences) comme celles à juger, à raisonner ou à réfléchir. Les enjeux se posent différemment pour les groupes sociaux, les organisations ou les individus (Champy-Remoussenard, 2008, p.52).

Il s'agit pour les groupes sociaux de se constituer en groupe professionnel au sens de la théorie interactionniste, chacun d'eux argumentant alors sa contribution au marché et au service afin d'accroître son pouvoir et de revendiquer sa place. En France où le contexte est caractérisé par un état hiérarchique et le modèle par celui des corps d'État, l'enjeu est la recherche de « reconnaissance de soi dans un environnement à des fins de conquête d'une meilleure place dans une hiérarchie étatique fermée. » (Wittorski, 2010, p.8).

Pour les organisations, la professionnalisation des salariés est pensée comme un moyen d'accompagner la flexibilité du travail par une plus grande employabilité. Du fait de la mondialisation, les situations de travail sont très labiles, sensibles aux variations du marché, le discours des organisations sur la professionnalisation aurait pour enjeu de susciter et de faire accepter les évolutions du marché du travail. Les organisations de travail (c'est-à-dire les employeurs) demandent aux salariés un enregistrement constant de leurs compétences. On parle même de « professionnalisation durable », chaque personne devant être en capacité de se requalifier en permanence.

Au sein des organisations, les personnes ont une forte demande de reconnaissance de leur professionnalité. Ce terme d'origine italienne est devenu le symbole d'une politique alternative fondée sur des valeurs et des objectifs propres à la culture ouvrière. En France, les groupes sociaux préfèrent l'emploi du terme « qualification » qu'ils opposent à celui de compétences. Pour les individus, la professionnalisation et leur quête de professionnalité est un moyen de dépasser la crise des identités telle que décrite par Dubar (2000) . Et, dans un mouvement parallèle, les structures de formation en répondant à cette demande des professionnels recherchent une plus grande légitimité de leurs pratiques.

1.1.2 Une notion polysémique

Le terme de professionnalisation est polysémique : chaque partie, en fonction de la finalité qu'elle poursuit et de l'enjeu qui en résulte, pouvant lui donner une signification différente. Ce qui fait dire à Wittorski : « Il y a consensus lexical mais dissension sémantique. » Néanmoins, omniprésent dans toutes les sphères sociales, cette notion pose la question de la relation éducation/formation/travail. Champy-Remoussenard (2008, p.53) inscrit le processus de professionnalisation dans un contexte social et le met en tension avec le processus de certification. Le courant du « tout professionnalisant » s'appuie sur l'adéquation

entre formation et emploi, ce qui a été contesté par certains auteurs qualifiant cette adéquation de « chimérique ».

1.1.2.1 Définitions de la professionnalisation

Malgré sa polysémie, la plupart des auteurs s'accordent à dire que la notion de professionnalisation présente deux axes : celui du développement d'un système d'expertise et celui de la construction d'une identité professionnelle. Par système d'expertise, il est entendu le système regroupant les compétences, les capacités, les savoirs et les connaissances caractérisant la profession concernée (Wittorski, 2005a, p.9).

Nous avons choisi de présenter plusieurs définitions car chacune d'entre elles amène un décalage dans l'appréhension de la notion et donc son enrichissement. Pour Sorel (2008, p.40),

la professionnalisation correspond à une intention énoncée de rapprocher les personnes et des situations de travail (1), en vue de permettre le développement articulé des compétences et des processus d'action spécifiques aux situations de travail concernées - plan de la transformation des savoirs et des savoir-faire - (2), l'enjeu étant la mise en place d'une professionnalité dont l'attribution requiert des mises en reconnaissance de la part des individus, des collectifs ou des organisations (plan de la socialisation professionnelle et des transactions identitaires) (3).

Roche définit la professionnalisation comme un acte volontaire de recherche d'adéquation entre les exigences de l'environnement et les ressources naturelles ou acquises des individus pour évoluer dans ce type d'environnement (1999, p.35). Elle décline la définition de la professionnalisation selon différentes dimensions montrant en cela sa forte interdisciplinarité (*id.*, p.36) :

- dimension économique : l'individu vit de son activité, la distinction entre bénévoles, amateurs et professionnels. La professionnalisation contribue également à forger une identité socioprofessionnelle par le travail rémunéré.

- dimension éthico-philosophique : elle va de pair avec la dimension économique, le travail ne doit pas asservir l'homme, c'est « l'intériorisation de règles qui installent l'acte professionnel comme un échange entre une contribution sociale de qualité et une rémunération ; c'est l'affirmation de valeurs qui subliment la valeur marchande ». La profession a des valeurs propres qu'elle transmet et qui sont le lien entre les générations.

- dimension sociologique : la profession est une revendication de statut et l'inscription dans un métier aux contours identifiés et socialement reconnus.

- dimension psychologique : l'individu, grâce à un mouvement d'identification, agit et s'adapte aux changements de son environnement économique et social. D'Iribarne en 1989 avait repris le tryptique Savoir, Savoir-Faire et Savoir-être. Ce dernier terme est critiqué par

beaucoup d'auteurs dont Le Boterf. Ce mouvement amène à faire acquérir des savoirs et des qualités humaines variées, des attitudes et des comportements. Cela permet au sujet de construire ses propres réponses et non des réponses stéréotypées, normalisées, issues de procédures suivies strictement (Roche, 1999, p.44).

- dimension pédagogique : cela correspond à l'invention de nouveaux modes de formation permettant l'acquisition de toutes les dimensions de la compétence, en particulier les schèmes cognitifs et socio-affectifs. L'alternance intégrative est un des moyens facilitant cette acquisition.

L'auteur souligne que ce sont les deux dernières dimensions qui permettront d'approcher les interrogations centrées sur le sujet, sur le contenu et sur les méthodes, même si elle n'occulte pas l'importance des trois autres dimensions. À la zone d'intersection de la sociologie et de la psychologie, dans ce champ de recouvrement, la psychologie sociale n'aurait-elle pas un regard original, plus englobant, à apporter pour enrichir la compréhension du processus de professionnalisation ?

Selon Wittorski (2005b, p.27) qui reprend la catégorisation de Bourdoncle, la professionnalisation revêt quatre sens différents :

1. la professionnalisation-profession : par la professionnalisation des activités, voire des métiers, au sens de l'organisation sociale d'un ensemble d'activités (création de règles d'exercice de ces activités, reconnaissance sociale de leur utilité, construction de programmes ou des référentiels de formation à ces activités) : ces activités prennent le statut d'activité reconnue, avec labellisation officielle. circonscrire l'activité permet de mieux la faire reconnaître.
2. la professionnalisation-formation : par la professionnalisation des acteurs, au sens à la fois de la transmission de savoirs et de compétences (considérées comme nécessaires pour exercer la profession) et de la construction d'une identité de professionnel. Par quel dispositif des individus se préparent-ils à l'exercice de la profession? Ce sens est investi par les milieux de la formation.
3. la professionnalisation-efficacité du travail : par la professionnalisation des organisations, au sens de la formalisation d'un système d'expertise par et dans l'organisation. Il s'agit d'être polyvalent, de respecter davantage les procédures, les normes. Ce sens peut être parfois en contradiction avec les deux premiers. La polyvalence renvoie à la tension entre une plus grande institutionnalisation des activités et la maîtrise de l'activité par un groupe social.

4. la professionnalisation-rationalisation économique (Wittorski, 2009b, p.2) : il ajoute ce quatrième sens en 2009, au vu de la transformation des institutions, guidée par une logique économique, illustrée par exemple par la démarche d'évaluation et d'accréditation dans le champ de la santé. Le but est d'évaluer les professionnels et de diminuer le coût pesant sur le budget des hôpitaux. Ici aussi, le sens du travail est questionné : « Cette économie de la santé vient retravailler la vision du soin et du soigné. Elle entremêle la maladie et l'argent, le soin et le profit ».

Certains auteurs soulignent l'axe identitaire de la professionnalisation, il s'agit de redonner sa place au sujet dans le processus de professionnalisation. Fabre (2004, p.206) souligne le poids et l'influence de la formation dans la professionnalisation qu'il définit en cinq éléments constitutifs : la rationalisation du métier ; la transmission formelle des savoirs liés au métier dans une formation instituée ; l'organisation sociale autonome sur le modèle libéral ou sur celui des grands corps d'État avec, souvent, la reconnaissance d'un monopole d'exercice ; l'instauration d'une éthique et d'une déontologie professionnelle ; la construction d'une identité professionnelle claire, alimentée par une culture commune.

1.1.2.2 Les objets de la professionnalisation

Les objets de la professionnalisation ne se superposent pas avec les sens énoncés ci-dessus. Ils se situent sur d'autres lignes de compréhension qui recourent les diverses acceptions du terme.

Wittorski, dans la lignée des travaux de Bourdoncle, énonce cinq objets de la professionnalisation (2007, p.80-81) :

1. La professionnalisation de l'activité : l'activité n'est plus exercée de façon gratuite mais donne lieu à une rémunération ; le but des individus ou des groupes professionnels est qu'elle soit enseignée à l'université, cela sous-entend donc que les individus qui exercent cette activité, la spécifient et en formalisent les savoirs sous-jacents.
2. La professionnalisation du groupe exerçant l'activité : elle passe par la création d'une association professionnelle ou d'une instance ordinaire, d'un code de déontologie (qui protège le profane du pouvoir, de la maîtrise de l'expert), et par une intervention de nature politique de manière à obtenir un droit unique à exercer l'activité ;
3. La professionnalisation des savoirs : les savoirs professionnels ont tendance à être abstraits (pour ne pas être accessibles aux personnes étrangères à la profession), organisés et validés selon un critère d'efficacité et de légitimité ;

4. La professionnalisation des personnes exerçant l'activité : ce processus correspond à une dynamique de socialisation professionnelle. Les individus ont d'une part à acquérir des savoirs et des compétences professionnelles en situation réelle et d'autre part à construire une identité professionnelle. Pour la première partie de cette expression, Bourdoncle emploie l'expression de « développement professionnel » qu'il définit comme le processus d'amélioration des savoirs et de capacité;
5. La professionnalisation de la formation : elle est construite de manière à ce qu'elle aide la transformation des individus, afin qu'ils soient capables d'exercer une activité économique déterminée.

1.1.2.3 Distinction entre professionnalisation, professionnalité et professionnalisme

Peut-être du fait de la polysémie du mot professionnalisation, des termes étymologiquement proches ont émergé, voulant certainement délimiter les champs d'influence de la notion, en préciser et spécifier la signification. Nous nous arrêterons plus particulièrement sur la signification de « la professionnalité ».

La professionnalité est un terme d'origine italienne, utilisé par les syndicats italiens lors des conflits sociaux centrés sur l'organisation du travail et la reconnaissance de la qualification dans les années 1960-1975. En France, c'est pour sortir de la tension compétence/qualification/métier qu'il est évoqué (Bourdoncle et Mathey-Pierre, 1995, p.138). Pour Bourdoncle (1991, p.74), il renvoie à « la nature plus ou moins élevée et rationalisée des savoirs et des capacités utilisés dans l'exercice professionnel ». Il propose d'appeler le processus conduisant à l'amélioration de ces capacités « développement professionnel ». La professionnalité se fonde sur les fins visées par le groupe professionnel et sur des valeurs professionnelles en cours dans ce groupe (Terral, 1997, p.160). S'appuyant sur un processus de développement personnel et professionnel, la professionnalité serait une partie du processus de professionnalisation. Ces deux mouvements seraient à l'œuvre pour la construction d'une identité et d'une posture professionnelle (Maubant et Roger, 2012, p.10).

Aballéa en donne une définition assez large, reprise dans l'article de Bourdoncle et Mathey-Pierre (1995, p.147), dans laquelle il semble faire référence à la notion de métier, vu comme une synthèse des capacités professionnelles, et aux relations internes et externes que les gens de métier peuvent tisser :

J'appelle professionnalité, et j'attribue cette professionnalité à un individu ou un groupe, une expertise complexe et composite, encadrée par un système de référence, valeurs et normes, de mise en œuvre, ou pour parler plus simplement, un savoir et une déontologie,

sinon une science une conscience. En ce sens, il n'y a pas de profession sans professionnalité. En revanche il peut y avoir professionnalité sans profession, c'est-à-dire notamment sans système de légitimité et de contrôle de l'accès à la profession.

Le professionisme est la part active de certains groupes professionnels pour faire évoluer leur métier vers la profession, c'est l'œuvre d'une logique militante. Bourdoncle emploie ce terme en lieu et place de « corporatisme » : « on désigne ainsi l'état des militants et activistes de la profession qui, s'appuyant sur des stratégies et une rhétorique communes, cherchent à faire reconnaître à la hausse la valeur du service qu'ils rendent et à augmenter leur autonomie, leur contrôle et leur monopole d'exercice » (Bourdoncle, 1993, p.76).

Le professionnalisme fait référence au professionnel compétent, « [à la] qualité d'une personne qui exerce une activité, un métier en tant que professionnel expérimenté. Faire preuve, manquer de professionnalisme » (Rey et Rey-Debove, 2009, p.2034). La notion de norme collective, c'est-à-dire élaboré par le groupe professionnel, apparaît dans la définition de Legault (Legault, cité par Netto, 2012, p.116) : « [le professionnalisme] est conçu comme l'idéal professionnel et la valeur professionnelle par excellence qui devrait guider le choix des conduites professionnelles. Il fait ainsi partie de la culture professionnelle telle qu'elle est véhiculée par les instances professionnelles ». La définition de professionnalisme peut varier car la définition d'un « bon professionnel » varie selon les contextes socio-politiques, ou encore selon l'intensité de professionisme dont fait preuve le groupe professionnel.

[Les conceptions du professionnalisme sont] le produit de traditions culturelles, institutionnelles, de choix politiques, et d'une histoire sociale, celle du corps professionnel et de sa formation. Ces conceptions sont constitutives d'imaginaires sociaux plus ou moins stabilisés, qui s'exprime dans les modes de constitution du groupe occupationnel et ses rapports à l'État, dans l'évolution des curricula de formation et les instructions officielles, dans la nature enfin des dispositifs de formation. (Brisard et Malet, 2004, p.131)

Le tableau suivant synthétise les significations évoquées.

<i>Mise en œuvre</i>	<i>Processus</i>	<i>États</i>
De connaissances et de capacités (ind./coll.)	Développement professionnel	Professionnalité
De stratégies et rhétoriques collectives	Professionnalisation : du métier à la profession	Professionisme
Adhésion individuelle à la rhétorique et aux normes collectives	Socialisation professionnelle	Professionnalisme

Tableau 1 : Les différents états de la professionnalisation selon Bourdoncle

1.1.3 La genèse d'une profession

Nous ne pouvons approfondir la notion de professionnalisation sans aborder au préalable celle de profession et appréhender la distinction entre le métier et la profession.

1.1.3.1 Métier et profession

Avant d'aborder les travaux qui vont nous permettre d'appréhender la construction d'une profession, penchons-nous préalablement sur les définitions de ces termes. Dans le langage courant, les termes de « métier » et de « profession » sont employés l'un pour l'autre, ils sont utilisés comme des synonymes. Pourtant, leur évolution historique montre qu'ils ne recouvrent pas les mêmes significations.

Le terme métier vient du latin médiéval *misterium* qui signifiait autant office religieux que métier par confusion entre *ministerium* (office) et *mysterium* (mystère) (Petit Robert 2007). Le métier se définit comme « un genre d'occupation manuelle mécanique qui exige un apprentissage et qui est utile à la société économique ; c'est aussi un genre de travail déterminé, reconnu ou toléré par la société et dont on peut tirer ses moyens d'existence ; c'est aussi une occupation permanente qui possède certaines caractéristiques du métier ; enfin c'est une habilité technique (manuelle ou intellectuelle) que confère l'expérience d'un métier. »

Selon Latreille, cité par Tourmen, l'apparition d'un métier est subordonnée à trois facteurs : l'existence d'une formation spécifique, la reconnaissance du métier par autrui et enfin le regroupement des personnes concernées. Tourmen (2007, p.19-20) définit donc ainsi le métier :

À partir du moment où des acteurs occupant certains postes se regroupent pour définir et défendre leurs rôles, débattent et tentent de stabiliser des savoir-faire spécifiques, encadrent ou cherchent à encadrer l'accès au marché du travail et revendiquent une identité spécifique, se la reconnaissent entre eux ou cherchent à se la faire reconnaître, on peut alors parler de métier.

Le terme de profession, quant à lui, a deux sens. Tout d'abord il s'agit d'une déclaration ouverte et publique d'une croyance, d'une opinion d'un comportement ; plus particulièrement cela nomme l'acte par lequel un religieux ou une religieuse prononce ses vœux. Ensuite, un deuxième sens est apparu au XVe siècle : il s'agit d'une occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence, comme pour le métier qui dans cette acception est synonyme. Mais c'est aussi un métier qui a un certain prestige social ou intellectuel : il est donné comme exemple les professions d'avocat, de professeur, de journaliste. Selon Tourmen, la profession est un cas particulier de métier, particulièrement structuré. Une profession est, a été, obligatoirement un métier ; le contraire ne l'est pas.

L'étude des professions fait référence aux travaux sociologiques sur les professions, initiée par la sociologie anglo-saxonne. La sociologie européenne a une vision différente qui tient essentiellement au fait que le terme de profession n'a pas le même sens en Europe, en Grande-Bretagne et aux USA, les contextes historiques et politiques étant différents. Cependant, c'est bien la sociologie qui est la première discipline à s'être penchée, des deux côtés de l'Atlantique, sur les professions, les enjeux socio-politiques de leur constitution et de leur évolution.

1.1.3.2 L'apport de la sociologie des professions

La profession, étudiée dans ces travaux surtout anglo-saxons, est ce que nous appelons en France la « profession libérale » dont les exemples sont le médecin, l'avocat et l'ingénieur. Nous nous baserons sur la présentation des différentes approches qu'en font Dubar et Tripier (1998) dans leur ouvrage *Sociologie des professions*. Ils distinguent d'emblée les travaux anglo-saxons, étudiant plutôt les professions, des travaux francophones qui s'intéressent à la professionnalisation.

Dans une première partie, ces auteurs présentent trois modèles qui sont, selon l'expression de Duby, « une manière de penser et de parler le monde, [...] une certaine façon de dire l'action de l'homme sur le monde » (Dubar et Tripier, 1998, p.15). Ces modèles, reflétant non seulement les croyances religieuses des sociétés mais aussi les formes d'organisation économique et politique, sont les suivants :

- le modèle catholique des corps d'État : la profession-corps
- le modèle collégial germanique et l'éthique puritaine : la profession-confrérie
- le modèle libéral : la profession-illégitime

La distinction entre ces modèles, essentiellement les deux premiers, peut expliquer la difficulté que nous avons à parler des professions dans le même sens que les anglo-saxons. Les auteurs posent l'origine religieuse des modèles professionnels en différenciant les pays de la Réforme et ceux de la contre-Réforme, dont la France. Dans les pays catholiques, centralisateurs, qu'ils soient monarchie de droit divin ou République, l'État organise, coordonne et régule les groupes professionnels.

Le modèle du corps d'État se fonde sur le corps « politique » de l'Église de droit romain, reflet du Corps Mystique du Christ et corps structuré de la société chrétienne (Dubar et Tripier, 1998, p.22). Ce modèle se fonde sur l'origine religieuse de l'identité de métier et du statut professionnel, sur la hiérarchisation et la légitimation par l'État des professions et sur la séparation entre les corps nobles des « arts libéraux », composés d'intellectuels formés

à l'Université et possédant des savoirs scientifiques, et les corps moins prestigieux issus des « arts mécaniques », réunissant les travailleurs manuels, formés chez un patron, qui possèdent des savoirs pratiques, concrets. « [...] Il s'agit non seulement d'un modèle religieux, mais d'un modèle religieux particulier à la fois holiste, hiérarchique, masculin et clérical » (*ibid.*, p.34). Nous référant à l'histoire de la profession infirmière, nous pensons que ce modèle est pertinent pour nous aider à appréhender les relations avec les médecins, ou avec les différentes institutions de tutelle.

Nous nous attacherons à présenter plutôt les théories élaborées par les sociologues qui permettent d'analyser et de comprendre le mouvement d'émergence des professions. Dubar et Tripiier soulignent qu'il n'y a pas transposition entre les modèles et les théories : par exemple, dans le premier modèle de la profession-corps, se rejoignent Durkheim et les sociologues fonctionnalistes anglo-saxons, bien que leurs argumentations respectives soient différentes.

La théorie fonctionnaliste

Dans cette approche, la profession est perçue comme un élément régulateur du fonctionnement des sociétés modernes. La théorie fonctionnaliste aboutit à « la construction d'un idéal-type de la profession qu'incarnent les professions libérales » (Bourdoncle, 1991, p.78).

Les corps professionnels de Durkheim

Durkheim se situe dans un projet sociologique de refondation de la société, sur le rétablissement d'une certaine organisation sociale garantissant le fonctionnement des sociétés modernes. Il constate que les seuls groupements professionnels sont soit ceux des patrons soit ceux des ouvriers, du fait de l'abolition des corporations au moment de la révolution française et de l'industrialisation.

Il s'agit de créer des groupes intermédiaires entre l'individu et l'État, afin d'assurer la cohésion et l'intégration du système social sous-entend un angle moral. Durkheim n'est pas favorable au rétablissement des corporations, il faut transformer les corporations afin qu'elles s'adaptent aux sociétés modernes. Elles ont une fonction régulatrice sur les questions économiques essentielles comme les salaires, la durée du travail, la protection sociale... La théorie de Durkheim inscrit la profession dans une vision positiviste de la fonction qu'elle assume au cœur de la société : participer au maintien du lien social.

Exercer une profession correspond, dès lors, au fait d'être inscrit dans un collectif, d'avoir en quelque sorte proclamé sa foi publiquement, au sens religieux de « ce qui relie ». Cette socialisation correspond à une communauté d'appartenance à laquelle le professionnel adhère volontairement dans la mesure où sa conviction personnelle correspond à

l'intériorisation des croyances propres à ce groupe et des pratiques qui le caractérisent (Mioche, 2005, p.174).

La méta-théorie fonctionnaliste de PARSONS

Reprenant l'analyse de Durkheim, et l'incluant dans sa théorie de l'action sociale, Parsons cherche à démontrer que l'activité professionnelle est la caractéristique de la société sociale moderne en la personne du professionnel, et non l'activité commerciale-financière (le businessman) ou l'activité administrative-bureaucratique (le fonctionnaire) (Dubar et Tripier, 1998, p.82). Parsons avance que le médecin est l'exemple typique du professionnel :

[Le médecin possède] des compétences techniques « universalistes » de haut niveau, les spécificités fonctionnelles de « spécialistes de son domaine et seulement de lui », une neutralité affective et permettant seule la réussite du diagnostic et du traitement, une orientation vers la collectivité lui permet de « mettre le bien-être de son patient au-dessus d'intérêts commerciaux ». (id., p. 84-85)

Le médecin participe à l'institutionnalisation de la relation thérapeutique et « au rétablissement de l'ordre social et symbolique dans la restauration de la santé individuelle ». En quelque sorte, il œuvre à la cohésion sociale en appartenant à un groupe professionnel, perçu comme homogène, intermédiaire entre l'individu et l'État (Mioche, 2005, p. 174).

L'approche fonctionnaliste des professions occulte l'écart qui peut exister entre l'activité réelle du professionnel et l'idéal-type de la profession : aucun métier ne peut accéder au statut de profession.

La théorie interactionniste

L'approche interactionniste privilégie l'individu et les interactions qu'il noue avec son environnement social. La profession est alors perçue comme une forme d'accomplissement de soi.

La dynamique des activités professionnelles de Weber

Le sens que donne l'individu à ces activités fait de lui un acteur social. Pour Weber (1921), les figures professionnelles sont d'abord religieuses. Il théorise la conceptualisation du capitalisme comme fruit du protestantisme. Les groupes professionnels ne sont pas seulement des entités purement économiques mais aussi des groupes statutaires qui héritent ou se dotent de ressources culturelles pour tenter de faire valider leur vision du monde (Dubar et Tripier, 1998, p.113).

Biographie et interaction de Hughes

Élaborée par l'école des sociologues de Chicago et notamment Hughes, cette théorie valorise les professions comme des formes d'accomplissement de soi. Les deux éléments caractéristiques de cette démarche sont l'interaction et la biographie, biographie car l'activité

professionnelle s'inscrit dans une trajectoire de vie de travail, avec son entrée dans le métier, le déploiement de ces différentes activités, les choix amenant à des réorientations (les « turning points »), les échecs... Hughes avance que le salarié est le mieux placé pour décrire et analyser son travail.

Le point de vue interactionniste se décline selon quatre principes : (*id.*, p.96)

- les groupes de professionnels (*occupational groups*) sont des processus d'interaction 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 ;
- la vie professionnelle est un processus biographique qui construit les identités tout au long du déroulement du cycle de vie, depuis l'entrée dans l'activité jusqu'à la retraite, en passant par tous les tournants de la vie (*turning points*) ;
- les processus biographiques et les mécanismes d'interaction sont dans une relation d'interdépendance : la dynamique d'un groupe professionnel dépend des trajectoires biographiques (*careers*) de ses membres, elle-même influencée par les interactions existantes entre eux et avec l'environnement ;
- le groupe professionnel cherche à se faire reconnaître par leurs partenaires en développant des rhétoriques professionnelles et en recherchant des protections légales. Certains y parviennent mieux que d'autres, grâce à leur position dans la division morale du travail et à leur capacité de se coaliser. Mais tous aspirent à obtenir un statut protecteur.

Hughes expose dans son étude *La fabrication d'un médecin* (1955) les étapes de l'éducation médicale Cette modélisation sera reprise par F. Davis en 1966 dans sa recherche sur les infirmières (Dubar, 2005, p.141)

1. « La séparation du futur professionnel avec le monde profane est un processus essentiel car il conditionne la possibilité de rompre avec les aspects de la culture profane qui sont incompatibles avec la culture professionnelle ;
2. Le passage à travers le miroir consiste à apprendre « à regarder le monde de derrière soi en sorte qu'on voit les choses écrites dans le miroir » ; c'est désormais avec des yeux de médecin que l'étudiant va devoir regarder les malades (devenus clients potentiels), les maladies (devenues sources de revenu), les hôpitaux (devenus lieux d'exercice). Bref, voir le monde à « l'envers ».

3. Un dédoublement de soi est la conséquence de l'étape précédente puisque les deux cultures profane et professionnelle doivent coexister et interagir à l'intérieur des consciences sans se détruire ou se neutraliser. Il s'agit pour les étudiants avancés d'apprendre à gérer leur emploi du temps leur identité selon les espaces et les temps ;
4. Une identification du rôle professionnel qui ne se fait pas sans crises ni dilemmes car il s'agit aussi de renoncer à certaines de ses identités antérieures et d'affronter le risque de la perte d'identité lorsque les anciennes sont détruites et que les nouvelles ne sont pas encore installées » (*ibid.*, p.101).

Cette longue citation peut clarifier la transformation identitaire à l'œuvre dans la formation médicale. Il s'agit quasiment d'un rite initiatique, d'une acculturation dans une autre communauté, une autre culture avec des normes et des valeurs différentes.

Les « nouvelles » théories

Elles apparaissent à la fin des années 60 et s'inspirent des théories marxistes et surtout webérienne qui font évoluer les théories précédentes. Elles mettent en question « les justifications morales ou les motivations vocationnelles des professionnels. Elles tendent plutôt à considérer les professions comme des acteurs collectifs du monde économique qui sont parvenues à fermer leur marché du travail et établir un monopole de contrôle de leurs propres activités de travail ». (Dubar et Tripier, 1998, p.113) Le discours des individus sur les raisons qui les ont poussés à choisir ses deux professions est à écouter avec précaution, le chercheur doit dépasser la superficialité de l'énoncé.

La perspective libérale et marxiste

La théorie libérale fait référence à la thèse d'Adam Smith et à la vision de la profession prise dans le libéralisme du système capitaliste.

La théorie marxiste, en apparence, se rapproche de celle de Smith ; mais elle reste centrée sur les rapports sociaux de production orientés sur les phénomènes de marché. Elle interroge la déprofessionnalisation des acteurs, leur prolétarianisation, du fait du contrôle de plus en plus pressant et étroit des institutions, et donc de la réduction de la zone d'autonomie des individus. La force de l'instituant prime sur, contraint celle de l'institué.

Les fondements du pouvoir professionnel de Friedson

Friedson en 1970, étudiant lui aussi la profession de médecin, allie l'approche interactionniste et l'inspiration webérienne. Dans son ouvrage *Profession of Medicine*, il montre en quoi l'existence d'une profession suppose le monopole collectif sur un segment spécifique. Une profession est hétérogène et le contrôle qui s'effectue en son sein procède

d'abord d'une auto-régulation collective et informelle. Ce qui pousse d'autant plus les médecins à suivre les normes de leur milieu de travail, à appliquer les préconisations de leur association professionnelle.

Selon Friedson, une conséquence de ce mode de légitimité et de ce monopole interne est que l'expertise s'étend sur tout le champ sanitaire : la définition sociale de ce qu'est la maladie, la santé ; la détermination des axes des politiques de santé ; le maintien de leur pouvoir sur les autres professions, entre autres celles qui sont appelées en France professions paramédicales ou auxiliaires médicales comme les infirmières (*op.cit.*, p.124). L'influence de la profession médicale s'étend à des champs qui, *a priori*, ne relève pas de sa compétence.

Synthèse

Il est à noter que Parsons, Hughes, ou Friedson présentent dans leurs travaux la profession de médecin comme l'idéal type de la profession. Nous retiendrons que la profession n'est pas homogène, mais composée de segments pouvant correspondre à des modalités et/ou des lieux d'exercice : par exemple, des lieux d'exercice infirmier différents comme des hôpitaux, des cabinets d'exercice libéral, des structures de prévention primaire des collectivités territoriales. La segmentation peut aussi être perçue dans les différentes spécialisations infirmières qui négocient chacune de leur côté leur transformation curriculaire.

L'interactionnisme voit l'émergence de la profession non seulement comme une différenciation et une légitimité acquise parfois dans la lutte, mais aussi comme un accomplissement de soi, comme le développement d'une identité professionnelle issue d'une trajectoire qui ne peut se faire sans l'histoire, les aspirations des individus.

Cette sociologie anglo-saxonne propose des grilles de lecture intéressantes pour la professionnalisation : par exemple, la création d'une déontologie propre, spécifique, de l'académisation des savoirs nécessitant l'intégration à des degrés divers, à l'université, seule garante de la scientificité des savoirs.

Le professionisme déployé par certaines associations, organisations ou syndicats professionnels a visé ou vise à faire valoir certaines de leurs aspirations comme la création de l'Ordre national des infirmiers ou la création de la discipline infirmières ; ou encore à peser sur la construction des référentiels de compétences et de formation de certaines spécialisations infirmières.

Si la sociologie des professions se penche sur la construction d'une profession, le mouvement qui transforme un métier en profession reste à un niveau macro logique, au niveau du groupe professionnel de l'institution.

1.1.3.3 La profession au sens « continental »

Le modèle de la profession anglo-saxonne pose des difficultés d'application en France du fait de l'écart de la définition du terme de profession entre les pays anglo-saxons et la France. Savoie (2009, p.15) fait deux objections à ce modèle, concernant le corps enseignant du secondaire, mais des objections qui peuvent tout autant s'appliquer à la profession infirmière :

- la première est que le profil social et professionnel des infirmières ne correspond pas à celui des membres d'une profession au sens anglo-saxon,

- la seconde est que les infirmières exerçant dans le public, c'est-à-dire 49 % des effectifs totaux en 2010, sont assimilées à des fonctionnaires régis par les lois de la fonction publique hospitalière.

Cela amène à se focaliser sur un mouvement plus horizontal que vertical : le gain d'une autonomie et d'un champ spécifique d'activité parmi les professions reconnues comme corps d'État. Analyser les mécanismes de professionnalisation ne peut pas s'appliquer exclusivement aux professions supérieures réglementées mais aussi aux différents corps professionnels qui œuvrent à leur reconnaissance sociale.

Bourdoncle (1993, p.85), puis Wittorski, distingue deux voies de construction des professions. La voie « continentale » où le contrôle des places à l'intérieur d'une hiérarchie étatique s'effectue par la lutte politique afin d'asseoir sa légitimité et son autonomie ; la voie « anglo-saxonne » où il s'agit de lutter pour établir et prendre le pouvoir à l'intérieur des groupes professionnels eux-mêmes et pour obtenir une délégation de l'État leur permettant de réguler elles-mêmes les marchés. En effet, les professions en France se sont constituées autour des corps d'état et non dans un registre d'exercice libéral comme au Royaume-Uni, patrie de la société libérale, ou aux États-Unis d'Amérique, pays qui a mis en œuvre cette logique économique (Bourdoncle, 1991, p.75).

Sur quels points les semi professions se distinguent-elles des vraies professions ? Bourdoncle, se référant aux travaux d'Etzioni de 1969, énonce trois critères qui sont le fait d'être employé dans de grandes organisations bureaucratiques, la très forte proportion de femmes et le très grand nombre de membres. Pour illustrer son propos, ce dernier donne comme exemple des instituteurs, les infirmières et les travailleurs sociaux (Bourdoncle, 1991, p.79). Bourdoncle évoque les liens ancrés, plus fortement marqués dans les pays anglo-saxons, de la profession avec un savoir professé publiquement, et non transmis mystérieusement, par initiation, imitation et compagnonnage, comme pour les métiers. Le trait

distinctif essentiel est la nature de l'autorité qui les régit et qui anime les grandes organisations où elles s'effectuent comme le système public d'éducation ou l'hôpital (*id.*, p.84).

En écho avec la nouvelle théorie marxiste des professions, Bourdoncle se demande si la profession enseignante est en voie de professionnalisation ou de prolétarisation. En effet la nature de travail est plus étroitement contrôlée et les objectifs sont énoncés en termes de comportement à attendre. « L'accroissement du travail entraîne une réduction des temps libres, jugés improductifs, alors que ce sont des temps de sociabilité, d'entretien de la communauté et à travers elle de son identité. » (Bourdoncle, 1993, p.99).

Ce même auteur rappelle que, depuis Parsons, tout processus de professionnalisation implique l'université, lieu de production, de rationalisation et de diffusion des savoirs de haut niveau sur lesquelles la profession asseoit ses prétentions de compétence, d'exclusivité et d'autonomie. Il implique aussi sans doute le lieu naturel où s'effectue la pratique professionnelle, comme l'hôpital (Bourdoncle, 1993, p.108). En outre, Bourdoncle alerte sur le fait qu'à terme, la poursuite de ce processus dans deux lieux différents avec deux logiques différentes (logique de professionnalisation et logique de « l'excellence universitaire ») soit vouée à l'échec.

Wittorski distingue lui aussi profession et métier en les opposant selon cinq dimensions :

- la profession est d'apparition plus récente, avec la création des universités au XII^e siècle en France,
- la nature du savoir est acquis par la pratique pour les métiers et théoriques et de haut niveau pour les professions,
- le processus de formation est court pour le métier, plus long et structuré pour la profession,
- l'opération de travail est plus intellectuelle pour les professions,
- la nature du contrôle de l'activité autonome par une déontologie spécifique choisie par et pour les professions,
- la légitimité sociale est plus forte pour les professions.

Fabre (2004, p. 207) par exemple, fusionne la vision de la sociologie anglo-saxonne et la vision continentale de Bourdoncle, en soulignant le rôle de la formation réglementée et l'importance de la construction d'une identité professionnelle.

1.2 La professionnalisation des infirmiers : un processus inachevé

Dans la perspective de mieux connaître les étudiants infirmiers en ce début de XXI^e siècle, il convient de nous (re)tourner vers l'histoire de la profession infirmière et de l'hôpital. L'approche historique de la profession nous permettra de repérer les ruptures ou les infléchissements, plus ou moins affirmés, qui ont affecté la profession dans sa quête de reconnaissance. D'un autre côté, il est évident que les évolutions des sciences et les mutations de l'hôpital tiennent une grande place dans l'évolution de la profession et de la formation : dès leur création, les Écoles d'Infirmières, aujourd'hui IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), ont été rattachées à un hôpital. Même si cette institution a vu au fil des siècles évoluer ses missions, elle demeure encore aujourd'hui le lieu privilégié de l'exercice infirmier. Cette rétrospective de la profession ira jusqu'en 2009, date à laquelle un nouveau programme a été instauré.

Nous emploierons plutôt le terme « infirmière » dans notre travail. Non pour suivre le jugement tranché d'Anna Hamilton et de son confrère Félix Regnault sur les infirmiers qu'ils considéraient comme restant immuables alors que tout changeait autour d'eux. Pour eux, seules les femmes excellaient dans ce rôle.

De la même main indifférente, l'infirmier nettoie les vases, balaie les salles, porte le linge sale, et donne au malade les soins les plus minutieux et les plus délicats. [...] La présence de l'infirmier n'est légitime qu'en un seul endroit, à la salle des morts, et encore, même en ce lieu, sa personnalité devrait être grandement améliorée. (Hamilton et Régnauld, 1901, p.84)

Pour nous, le féminin « infirmière » est un indicateur d'une part de la forte majorité de femmes dans la profession, hier comme aujourd'hui. D'autre part, il nous aidera surtout à mieux appréhender les relations infirmière(s) / médecin(s) auxquelles la notion de genre donne un sens singulier.

Pour faciliter notre étude, nous distinguerons dans la profession infirmière le domaine de l'exercice infirmier et celui de la formation, même s'ils sont tous deux fortement liés et redevables l'un à l'autre. Nous présenterons l'évolution de la formation infirmière dans le chapitre « La formation ».

1.2.1 La professionnalisation en construction

1.2.1.1 L'exercice infirmier

Dès que la vie apparaît, les soins existent car il faut prendre soin de la vie pour qu'elle puisse demeurer. Les Hommes comme tous les êtres vivants ont toujours eu besoin de soins pour que la vie puisse continuer, se développer et lutter contre la mort : la mort de l'individu,

celle du groupe, celle de l'espèce. C'est dire que pendant des millions d'années les soins n'étaient pas le propre d'un métier. Ils étaient le fait de toute personne qui aidait une autre à assurer tout ce qui lui était nécessaire pour continuer sa vie, en relation avec la vie du groupe.

La fonction de soigner est étroitement liée à l'histoire de l'Homme, de son environnement et de l'évolution des sciences et des techniques. Collière (1982, p.23) donne deux origines à l'action de soigner. La première est d'assurer la continuité de la vie du groupe et de l'espèce : c'est un ensemble d'actes quotidiens, d'habitudes de vie et de soins du corps qui relèvent des compétences des femmes. La seconde est de faire reculer la mort par des soins réclamant une force physique ou l'utilisation d'outils d'incision ou de suture : ces soins sont le fait des hommes. À l'origine, ces deux orientations coexistent et sont complémentaires. Ce ne sera qu'avec l'émergence d'une pensée dialectique qui dénonce le Mal (ce qui fait malaise) pour le séparer du Bien (tout ce qui fait vivre), qui isole pour analyser et comprendre ce qui est perçu comme maléfique, comme engendrant la mort, que l'une de ces orientations a prévalu sur l'autre, au point de la nier et de chercher à la détruire (i.e la chasse aux sorcières du XII^e à la fin du XVIII^e siècle).

Collière présente trois grands modes d'identification au fur et à mesure de l'évolution des femmes soignantes, cette classification n'ayant valeur que dans notre société occidentale.

Identification à la femme

Le premier mode est l'identification de la pratique des soins à la femme, depuis les temps les plus reculés de l'histoire de l'humanité jusqu'au Moyen Âge. Le rôle de celles qui donnent les soins est d'assurer tout ce qui contribue à maintenir et entretenir la Vie. Bornés par la naissance et la mort, les soins s'organisaient autour du corps et de tout ce qui contribue à le restaurer, à le ressourcer (l'aliment, les remèdes). Ils étaient reconnus comme un fait social attribué aux femmes et reliés à leur fécondité. L'expression « prendre soin » est une des plus vieilles de l'histoire de l'humanité : prendre soin des femmes en couches, des enfants, des vivants, des morts ; puis du feu pour qu'il ne s'éteigne pas, des instruments de chasse, des peaux, plus tard des récoltes, des animaux domestiques.

Parce ce que plus proche de la nature et mieux informée de ses secrets, la femme a toujours été créditée dans les civilisations traditionnelles du pouvoir non seulement de prophétiser, mais encore de guérir ou de nuire au moyen de mystérieuses recettes. (Delumeau, cité par Collière, 1982, p.31)

Pour soigner, il faut être une matrone : avoir donné la vie et avoir connu des pertes (morts de parents, de proches) afin d'aider la vie à se continuer, à se poursuivre. Ces femmes avaient « la connaissance des plantes et échangeaient entre elles les secrets de leurs

pratiques » (Collière, 1982, p.37). Mais la formidable accumulation de leur savoir leur confère un pouvoir de plus en plus considérable sur la vie des gens, pouvoir qui sera perçu comme une véritable menace par le pouvoir spirituel de l'Église. Aussi assistera-t-on à une véritable chasse aux sorcières menée impitoyablement par l'Église secondée par les détenteurs de la médecine savante.

Identification à la femme consacrée

Le deuxième mode d'identification est celui de l'identification de la pratique des soins à la femme consacrée, du Moyen Age au milieu du XIX^e siècle. Marqués par le mouvement des astres, les saisons, les grands moments de la vie domestique, les rites du monde rural antique vont être combattus par le christianisme s'affirmant comme religion d'état. Les pratiques de soins instaurées autour de la fécondité font apparaître la femme comme le véhicule des croyances et rites païens. Commence à s'affirmer une nouvelle conception des soins qui nie l'interrelation corps-esprit, donnant la suprématie à l'esprit : « La réalité vraie de l'Homme devient donc son âme, le corps et ses activités ne pouvant qu'être qu'objets de mépris surtout ses passions et les désirs qui troublent la sérénité de l'esprit » (Collière, 1982, p.50-51). L'Église va dénoncer la femme comme perpétuant l'idolâtrie et faire d'elle l'agent de Satan : « Le corps, dissocié de l'esprit, est perçu comme source d'impureté et de fornication ; seul le corps souffrant, déshérité peut être l'objet des pratiques soignantes ». Le rôle des femmes soignantes est alors prescrit par les règles conventuelles qui dictent la conduite et les comportements de la femme consacrée. Avec l'avènement des religieuses, la pratique des soins se dissociera d'une connaissance vécue du corps ainsi que de l'immense patrimoine de connaissances sur lesquelles se fondaient les pratiques de soins des femmes. De nombreux ordres, masculins et féminins, se consacrent au soulagement des malades : ceux de Saint-Antoine, Saint-Jean de Jérusalem, des Sœurs de Nevers, des Filles de la Charité. Fondé par Saint-Vincent de Paul, ce dernier continuera à œuvrer, autant en milieu urbain que rural, bien après la révolution et participera de l'émergence d'un service public.

La finalité des soins étant surtout spirituelle, les soins d'hygiène sont écartés, dévalorisés. Plus tard, au début du XIX^e siècle, les religieuses abandonneront ces tâches au personnel subalterne, les « filles de salle ». Presque tout le travail des salles était donc assuré par « hommes et femmes ignorants, maladroits et insoucians ». Le blâme retombe sur les responsables de l'administration plus que sur « ces malheureuses gardes-malades mal logées, mal payées, surmenées par de longues heures de travail. Dans ces conditions, il ne faut pas

s'étonner si elles s'enivraient et demandaient des pourboires aux malades » (Abdelmalek et Gérard, 1995, p. 169).

Le personnel servant va prendre peu à peu la place des religieuses, surtout après la Révolution de 1789, le patriotisme étant le seul critère de sélection. Livrées à elles-mêmes, ces soignantes allaient se révéler moins compétentes que les religieuses. Les conditions matérielles, les faibles rémunérations, la carence de l'instruction primaire, surtout chez les femmes, abaissent le niveau de recrutement. Les meilleurs partaient dès qu'une opportunité se présentait, comme une place de bonne ou de domestique. Ceux qui restaient, homme ou femme, étaient affligés dans l'opinion publique de tous les vices : ignorance notoire, vols, ivrognerie, débauche.

Identification à l'auxiliaire du médecin

Le troisième mode d'identification, succédant difficilement au précédent, est celui de l'identification à la femme infirmière auxiliaire⁷ du médecin, du XIX^e siècle jusqu'aux années 1960. Le XIX^e siècle est une époque charnière marquée par les découvertes scientifiques et leur corollaire, le développement de la technicité, par la laïcisation grandissante de la société française et par les débuts de l'émancipation féminine.

Malgré le décret du 18 août 1792 déclarant « éteintes » toutes les corporations religieuses, les sœurs seront maintenues dans de nombreux hôpitaux en raison de la bienveillance des municipalités... du fait peut-être aussi de la quasi gratuité de leurs services. De ce fait, les religieuses continuent d'organiser, de décider et de surveiller les infirmeries. Elles imposent et s'imposent une règle de vie austère, elles exigent de tous croyance et droiture. Le personnel infirmier reste un personnel secondaire (Catanas, 2009, p.50) et, comme depuis des siècles, la fonction soignante est subordonnée à la charité chrétienne et à la bienfaisance. Les infirmières, afin d'être de bonnes et consciencieuses soignantes, devaient appartenir à un quelque ordre ou société religieuse, ou être liées par des vœux perpétuels ou temporaires. Aux côtés des soignantes religieuses et sous leurs ordres, les soignantes laïques occupaient une place numériquement plus importante au milieu du XIX^e siècle. Hamilton les qualifie de « mercenaires », sous la responsabilité des congréganistes :

[...] le recrutement se fait parmi les filles de la campagne, les enfants assistés, les vieilles femmes qui n'ont pas encore atteint l'âge de l'entrée en hospice, mais qui en sont proches et à qui on fait attendre ce moment en leur faisant donner leur temps sans rétribution. [...] On voit ainsi échouer à l'hôpital, pour leur vie, les jeunes filles sans familles que l'inintelligence, une faiblesse congénitale, une vue ou une ouïe défectueuse, de la

⁷ Le mot « infirmier » date du XIII^e siècle mais c'est à la fin du XIX^e siècle que celui d'infirmière sera officiellement adopté.

claudication, une tare organique quelconque, ont empêché d'apprendre un métier ou de devenir domestiques. (Hamilton, 1900, p.88)

La période des réformes

Vers 1850, il semblait exclu que l'innovation puisse naître dans les rangs des soignantes laïques. C'est hors de nos frontières, en pays protestants, principalement en Angleterre, et dans le milieu de la bourgeoisie, que se manifeste la prise de conscience de la nécessité d'une formation moderne avec Florence Nightingale. Jusqu'alors, l'infirmière asseyait toute sa pratique professionnelle sur les valeurs morales et religieuses. Il ne lui était pas reconnu de domaine de connaissance propre. Or, pour Nightingale, les soins ne pouvaient relever de la simple charité et cet « instinct de charité » devait céder la place à une approche des problèmes sociaux basés sur la réflexion. Elle préconisa de définir les soins infirmiers à partir des conditions de l'environnement : mettre le malade dans les conditions optimales afin que la nature puisse faire son œuvre. Son but était d'aider les infirmières à acquérir la capacité de penser avec « intelligence ». Elle était convaincue que les mauvais soins infirmiers étaient bien davantage le résultat d'un manque de réflexion que d'un manque d'attention aux autres.

En France, jusqu'à la fin du XIX^e siècle donc, les religieuses exercent une souveraineté sur toute espèce de soins, et finissent par n'assurer que les fonctions d'encadrement d'un personnel placé sous leurs ordres (Bourret, 2004, p.182). Mais cette suprématie est remise en question dès le milieu du XIX^e siècle. Deux éléments sont avancés pour expliquer le tournant que connaît la profession soignante à cette époque.

Le premier est l'avènement de la République et le combat pour la laïcité : d'une part, parce que combattre les maladies, répandre la santé, c'est un objectif qui séduit d'emblée : il y a « une tâche urgente et populaire entre toutes » (Knibiehler, 1984, p.41); d'autre part, parce qu'un certain nombre de républicains n'acceptent pas l'obscurantisme des « cornettes », leur reprochant par exemple de refuser leurs soins aux vénériens et aux filles mères.

Le second renvoie aux progrès de la médecine et des techniques médicales, avec en particulier les découvertes de Pasteur. Les découvertes pasteurienne, portant sur l'asepsie et l'antisepsie, provoquent d'une part la réorganisation complète de l'hôpital, d'autre part la mise en place d'une politique d'hygiène sociale et de prévention des maladies (notamment de la syphilis et de la tuberculose) dans le but de combattre les épidémies. Ces avancées impliquent de nouveaux gestes d'hygiène et de stérilisation réalisés par la soignante ; il fallait donc former les infirmières hospitalières dans le but d'aider le corps médical à développer et appliquer son propre art. Or, les religieuses se montrent parfois réfractaires aux découvertes

pasteuriennes (leur tenue en particulier est incompatible avec les règles d'hygiène), ce qui amène les médecins à rechercher des auxiliaires « plus dociles ».

La pratique infirmière à la fin de ce siècle s'élabore autour d'une double filiation : conventuelle et médicale. Héritière du modèle religieux et soumise au modèle médical, l'infirmière aura des difficultés à trouver une identité propre : tout à la fois servante et collaboratrice sensible et intelligente... mais pas trop. Dans un discours de remise de prix en 1905, voici comment l'infirmière idéale était présentée par un médecin (nc):

Nous la choisirons autant que possible parmi ces vaillantes filles du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire [...] Nous la désirerions mariée et mère de famille, car il est des délicatesses de sentiment pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans les cœurs des mères [...]. Cette infirmière, plébéienne d'origine, serait dépourvue de morgue et de dédain, elle saurait se faire respecter sans se faire haïr.

C'est une image de l'infirmière marquée par les traits de la femme au foyer de l'époque : soumission, compétence ménagère et dévouement. Une soumission redoublée car recrutée dans une classe sociale populaire, l'infirmière est une femme de la « plèbe » soumise au praticien « patricien ».

Vers la professionnalisation...

Si la laïcisation des soins scelle l'acte de naissance de la profession infirmière, elle n'est pas immédiate car l'emploi d'infirmières diplômées d'État (diplôme créé en 1922) n'est que recommandé et les religieuses resteront dans les structures de soins de longues années encore. Elles continueront à exercer une forte influence en prenant en charge un certain nombre d'établissements de formation.

Voici initié le début d'une ère où l'infirmière est une auxiliaire de soins technicienne, de haute moralité, et soumise au corps médical : une filiation patrilinéaire se superpose à la filiation matrilinéaire. De fait, la divulgation du savoir technique était laissée entièrement entre les mains du corps médical ; les manuels écrits par les infirmières sont limités aux questions de morale. L'infirmière reste au service du médecin, et la démarcation entre la théorie, domaine du médecin, et la pratique, telle qu'elle transparaît dans les programmes de formation, assoit ce clivage entre les deux professionnels de soins (nc) :

Seul le mode d'administration doit être connu de l'infirmière. Elle ne doit en aucune façon chercher à connaître ce que le médecin prescrit, chercher à poser des questions indiscretes et ne solliciter à ce sujet aucune explication du pharmacien dont le devoir est de tenir caché ce que le médecin n'a pas voulu qu'on sût.

Pendant cette période, parallèlement à l'infirmière hospitalière, les infirmières visiteuses continuent d'enseigner les règles principales d'hygiène. Elles s'occupent de la

protection de l'enfance, des soins à domicile, de l'inspection médicale scolaire et de l'assistance sociale. Leur travail devient vite complexe et écrasant et donnera naissance à diverses spécialisations : assistances familiales, infirmières à domicile... On peut noter également la création de centres appelés « goutte de lait » ou « lactarium » qui constitueront les fondements des premiers services de la Protection Maternelle et Infantile.

Après la Première Guerre Mondiale, le décret du 27 juin 1922 pose la reconnaissance officielle de la profession, sous l'impulsion de Léonie Chaptal, directrice d'école. Ce décret représente une véritable charte de la profession. En effet, d'une part, il crée le diplôme d'état et un conseil de perfectionnement qui donne son avis sur les enseignements et d'autre part il organise les examens officiels à partir d'un programme uniforme. Suit la création de trois brevets de capacité permettant de porter le titre d'infirmière diplômée d'État : infirmière hospitalière, infirmière visiteuse de la tuberculose, infirmière visiteuse de l'enfance.

Toutes ces tentatives n'ont toutefois pas abouti à déterminer clairement la spécificité de la pratique infirmière qui s'oriente vers une formation exclusivement hospitalière. Cette orientation sera renforcée par le décret du 18 février 1938 qui supprime le diplôme de visiteuse d'hygiène sociale et crée deux diplômes : celui d'infirmière hospitalière et d'assistance de service social. Nous pourrions parler à ce sujet d'un premier éclatement de la profession qui se recentre sur le plan curatif au détriment de la prévention. L'infirmière est entièrement sous la domination du pouvoir médical et exerce une profession par procuration. Peu d'actions ont été entreprises pour la défense des conditions de travail. Les accords de Matignon de juin 1936 (réajustements des salaires et semaine de 40 heures) ne seront appliqués dans certains hôpitaux qu'en 1968.

1.2.1.2 L'institution hospitalière

Des débuts à l'hôpital moderne

L'assistance aux malades s'inscrit au sein des grandes religions monothéistes que sont le judaïsme, le christianisme et l'islam qui vont très tôt penser et créer des lieux d'accueil (Carricaburu et Ménoret, 2004, p.13).

L'accueil des pèlerins et des malades se fait d'abord dans les grands monastères bouddhistes de l'Inde à partir du III^e siècle avant notre ère, les malades y étant essentiellement traités par des plantes médicinales. C'est en Iran que l'hôpital va naître réellement : il s'intègre dans un vaste ensemble comprenant la mosquée, l'école théologique, la bibliothèque, le caravansérail et le hammam. Le *biramistan* est non seulement un lieu de soins, mais également d'enseignement, où les médecins sont rémunérés pour cette double activité. Ces

derniers viennent chaque matin consulter les malades et dispenser leur enseignement « au lit du malade ». La fonction thérapeutique et pédagogique de ces établissements est indissociable du contexte religieux et politique puisque le *biramistan* a également pour vocation d'exprimer la ferveur religieuse du calife, sa puissance, et d'assurer la paix sociale.

Il faut attendre l'avènement du christianisme, au IV^e siècle, pour que se créent de réelles structures de « charité », souvent à l'initiative de riches convertis qui décident de consacrer une villa à l'accueil des pauvres gravement malades. Une des figures de cette période fut Fabiola, dame patricienne romaine chrétienne (Guillermant, 1988, p. 15). À partir du VI^e siècle, les fondations chrétiennes vont se multiplier, mais elles restent modestes : elles ne donnent pas lieu à de nouvelles constructions et sont le plus souvent situées dans des maisons offertes par de riches croyants, c'est ce qu'on va appeler les « Maisons-Dieu » ou les « Hôtels-Dieu ». Ces établissements de « charité » sont en général situés près de la cathédrale et fonctionnent sous l'autorité de l'évêque (Guillermant, 1988, p.66). Il n'y a pas de médecins, les « soins » consistent essentiellement à nourrir et à héberger les plus pauvres. Les conditions d'hygiène sont effroyables : les malades sont entassés à plusieurs par lit, toutes maladies confondues. L'hôpital est tout autant un « créateur de maladies » qu'une institution destinée à guérir.

À partir du XII^e siècle, ce sont les membres des ordres hospitaliers qui assurent les soins aux malades, mais les moines ne peuvent héberger et soigner que des hommes et les sœurs doivent s'occuper prioritairement des femmes. Le souci majeur de ces congrégations religieuses reste le salut des âmes et non les soins aux corps malades.

La fonction spirituelle prédomine sur la fonction soignante et l'hôpital médiéval est essentiellement une institution ecclésiastique dont la priorité n'est pas le soin médical. L'administration des Hôtels-Dieu se dégrade progressivement au cours des XIII^e et XIV^e siècles. L'exemple le plus connu est celui de l'Hôtel-Dieu de Paris :

À la fin du XV^e siècle, l'indiscipline y est à son comble : les religieux hospitaliers s'absentent de la maison sans demander l'autorisation, s'adressent des injures en pleine salle, les sœurs se boxent parfois « à sang coulant », les relations coupables entre frères et sœurs s'aggravent et se multiplient. (Carricaburu et Ménoret, 2004, p.18)

Le modèle de l'Hôtel-Dieu est peu à peu abandonné au profit des premiers hôpitaux généraux, créés par Louis XIV au XVII^e siècle. Celui-ci se distingue dans la mesure où il rassemble dans un même lieu les infirmes, les malades indigents, les enfants abandonnés, les aliénés et les mendiants, poursuivis par la milice des « archers des hôpitaux », spécialement formée à cette tâche. Au début du XVIII^e siècle, trente-trois villes françaises possèdent un Hôpital Général destiné aux indigents valides et aux vagabonds : le « renfermement » de ces

deux catégories en un lieu d'hébergement unique n'ira pas sans inconvénients car, du fait de la présence des vagabonds, l'Hôpital Général ressemblera un peu trop, par la rigueur de son régime intérieur, à une véritable « maison de force ».

Ces institutions ont alors une double fonction puisqu'elles sont destinées à la fois à secourir les indigents, mais aussi à protéger la société de la contagion et du danger que pouvaient représenter ces populations misérables et stigmatisées (Carricaburu et Ménoret, , 2004, p.18)

Alors que l'hôpital médiéval avait essentiellement une fonction religieuse, l'Hôpital Général a une fonction principalement sociale puisqu'il contribue au maintien de l'ordre public. Ainsi, pendant des siècles, l'hôpital va assurer une fonction asilaire, une fonction de contrôle de la déviance et d'enfermement. « Il est une structure semi-juridique, une sorte d'entité administrative qui, à côté des pouvoirs déjà constitués, et en dehors des tribunaux, décide, juge et exécute. » (Foucault, 1972, p.72)

L'hôpital moderne

L'hôpital comme « machine à traiter les malades » va peu à peu prendre forme au cours du XVIII^e siècle et prendre sa pleine mesure au XIX^e siècle, devenant ainsi hôpital « sanitaire » :

L'espace intérieur de l'hôpital doit être aménagé de façon qu'il devienne médicalement efficace : non plus lieu d'assistance, mais lieu d'opération thérapeutique. L'hôpital doit fonctionner comme une machine à guérir.[...] D'une façon positive, il faut l'organiser en fonction d'une stratégie thérapeutique concertée : présence ininterrompue et privilège hiérarchique des médecins, système d'observations, de notations, d'enregistrement, qui permette de fixer la connaissance des différents cas, de suivre leur évolution particulière. L'hôpital tend à devenir un élément essentiel dans la technologie médicale : non seulement un lieu où on peut guérir, mais un instrument qui, pour un certain nombre de cas graves, permet de guérir. (Foucault cité par Carricaburu et Ménoret, 2004, p.16)

Nationalisés en 1794, les hôpitaux reviennent ensuite aux communes par la loi d'octobre 1796 qui dispose que « les administrations municipales auront la surveillance immédiate des hospices civils dans leur arrondissement. Elles nommeront une commission composée de cinq citoyens résidants dans le canton, qui éliront parmi eux un président et choisiront un secrétaire ». Désormais, les établissements d'accueil des malades relèvent de l'administration des autorités communales et d'un conseil d'administration qui encore aujourd'hui est présidé par le maire de la commune d'implantation.

Le début de la médecine scientifique est basé sur l'expérimentation. Dans le prolongement de cette dynamique, qui tend à transformer les hôpitaux en « machines à guérir », la fonction soignante va devenir progressivement prédominante avec la naissance de

la médecine clinique, définie par Foucault comme un nouveau regard médical : « c'est à la fois une nouvelle découpe des choses, et leur principe d'articulation dans un langage où nous avons coutume de reconnaître le langage d'une science positive ». L'objectivation du microbe, un de ces « monstres invisibles », renforce ce discours positiviste de la fin du XIX^e siècle : les germes, virus, bactéries qui échappaient à la perception des personnes sont à nouveau décelés grâce aux nouvelles techniques scientifiques (Vigarello, 1985, p.218). L'hygiène devient alors le maître mot, le remède à toutes les maladies infectieuses : propreté et asepsie se superposent, asepsie des gestes des champs opératoires et propreté, que ce soient celle des malades que celle des personnels hospitaliers à qui il était recommandé un bain hebdomadaire à la fin du XIX^e siècle (*id.*, p.222). L'exigence de propreté naît du code social et elle est en lien avec l'invisible, le microbe germe qui atteint l'organisme sans qu'on puisse l'objectiver : « Il s'agit de faire exister, jusqu'à la projeter au dehors, la conviction assurée d'une netteté. » (*Ibid.*, p.229)

1.2.2 La recherche réaffirmée de la professionnalisation

1.2.2.1 Les infirmiers aujourd'hui

La deuxième guerre mondiale va freiner l'évolution de la profession. La loi du 15 juillet 1943 tente de réglementer l'exercice de la profession et crée « L'Union Nationale des Infirmières Hospitalières ». Le diplôme de sage-femme est créé en mai 1943. L'exercice professionnel est soumis à l'obligation du diplôme d'état par la loi du 8 avril 1946. Les techniques envahissent l'hôpital. Les infirmières revendiquent cette compétence technique. Le personnel congréganiste se retire définitivement des services hospitaliers. Puis l'augmentation des actes médicaux et l'essor de la technologie entraîne la création des spécialisations : puéricultrice (1947), infirmière aide-anesthésiste (1960), infirmière de bloc opératoire (1971). Petit à petit, l'infirmière voit son champ d'intervention pour partie occupé par d'autres acteurs, comme par l'aide-soignante dont le certificat d'aptitude est créé en 1956. La filière cadre, seule possibilité de carrière, date de 1958.

Une profession en crise

Cette période est caractérisée par une recherche de la spécificité infirmière, un désir de se démarquer de l'ascendant médical et de faire reconnaître la profession, ce qui sera concrétisé par la loi du 31 mai 1978. Cette loi va transformer la profession. Pour la première fois, il lui est reconnu juridiquement un rôle spécifique, dit « propre » en dehors de son rôle d'exécutante. La loi définit la fonction d'infirmière, les soins infirmiers, le rôle propre. Ce dernier comporte trois parties :

- l'hygiène individuelle : les soins dits coutumiers, ce que le malade ferait lui-même s'il en avait la force, la volonté, la connaissance,
- les surveillances générale et particulière (d'opéré, des traitements, de matériels spécifiques, etc.),
- les activités sociothérapeutiques.

Dans tous ces domaines, l'infirmière a l'entière initiative : elle organise son travail, le réalise elle-même ou avec la collaboration d'une aide-soignante, sous son entière responsabilité. Toutes ces activités étaient déjà implicitement à la charge et à l'initiative des infirmières. La liste des actes professionnels et les modalités de leur exécution seront fixées par le décret du 12 mai 1981 lequel sera en partie attaqué par les médecins biologistes et annulé par le conseil d'État. Cela déclenchera le 24 avril 1984 la première grève générale des infirmières (grève des prises de sang entre autres...). Leur revendication portera ses fruits avec le décret du 17 juillet 1984 qui reprend les grands axes du décret de mai 1981.

En 1987, un projet d'abaisser le niveau de recrutement, en n'exigeant plus l'obtention du baccalauréat pour passer le concours d'entrée, suscite l'opposition de la profession et une nouvelle grève, très suivie, verra l'apparition d'un mouvement contestataire nouveau : la Coordination Infirmière. Ce mouvement lors de la grève de 1988 a réuni autour de mots comme : identité, profession, vocation, formation (Kergoat, 1992). Ou encore autour de slogans tels que : « Ni bonnes, ni nonnes, ni connes » ou « Nous sommes dans la rue pour un statut ». Plutôt nonnes et bonnes, si on veut respecter la chronologie : d'abord religieuse, puis servante, nous l'avons vu. La profession infirmière s'inscrit dans la division sociale et sexuelle du travail :

La femme a toujours été affectée « naturellement » aux soins des malades et des enfants. [...] Durant des décennies, les infirmières ont supporté de dures conditions de travail au nom du dévouement et de la vocation, puisque la notion de profession n'est apparue que fort tardivement : la non-reconnaissance d'un savoir spécifique y faisait obstacle et les cantonnait dans un rôle de servante, au service de l'homme souffrant, image du Christ. (id., p.24-25)

Le résultat est que les conditions d'admission ont été modifiées (nécessité d'avoir le bac), que la reconnaissance bac+3 cesse d'être d'actualité que les rémunérations ont été améliorées mais pas en fin de compte les conditions de travail.

Pour acquérir la professionnalisation et enfin se détacher de ces qualités naturelles, les infirmières doivent se séparer de l'idée de vocation qui renvoie à des rôles féminins, en lien avec des qualités individuelles, et non avec une qualification (Kergoat, 1992, p.61), et dans un deuxième temps, revendiquer la spécificité de la profession infirmière. D'autre part, on

retrouve la dichotomie récurrente (technique/relationnel et masculin/féminin) et exclusive tant il semble que l'un ne peut exister en même temps que l'autre.

Les infirmières sont ainsi placées devant l'alternative suivante : revaloriser le pôle de la technique (actes délégués par les médecins hommes, mais bénéficiant de l'image positive attachée à la technique) ou celui des relations humaines, du contact humain (de l'initiative de l'infirmière, mais marquée de la dévalorisation qui s'attache aux aptitudes féminines) (*op.cit.*, p.71).

Hassenteufel (1993, p.98) souligne aussi cette double demande de plus grande autonomie pour les actes techniques et de reconnaissance de la spécificité du rôle infirmier, technique et humain. C'est ce que Véga (1997, p.109) souligne également dans son étude sur l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles, effectuée auprès d'infirmières hospitalières. Il existe une opposition entre d'une part les infirmières dites techniciennes et celles dites relationnelles. Cette manière de se définir perdure aujourd'hui. Celles-ci accusent celles-là de s'éloigner du malade à l'instar du médecin, de négliger le pôle humain des soins infirmiers. À l'inverse, les premières accusent les secondes de s'éloigner des savoirs médicaux, seuls moyens de reconnaissance professionnelle et d'être ainsi en concurrence avec les aides-soignantes considérées elles comme détentrices de savoirs profanes, oraux (*id.*, p.111))

Cette crise n'aurait pas de fondement économique. La situation économique des professionnels de santé ne s'est pas détériorée depuis ces vingt dernières années, à l'exception des infirmières et des masseurs kinésithérapeutes exerçant en libéral (Ulmann, 2003, p.70). Dans cette même période, la durée du temps de travail a diminué pour certaines catégories de personnel. Mais celles qui ont connu une augmentation de la durée du temps de travail, comme certains médecins hospitaliers, ont vu l'amélioration de leurs revenus. Cependant, même sans cause économique la crise perdure.

Si l'expression de cette insatisfaction grandissante [des professionnels de santé] est d'abord financière, il semblerait que la composante financière, à elle seule, ne suffise pas à expliquer le désarroi des professions de santé. En effet, les mécontentements perdurent quand les revendications financières ont été satisfaites. (Davant, 2003, p.8)

Après avoir noté d'emblée que l'association des mots « crise » et « infirmière » est récurrente et énuméré les mouvements contestataires depuis 1984, Acker avance trois explications à la crise des infirmières.

Il existe toute une rhétorique professionnelle sur la construction des soins infirmiers et d'un rôle social des infirmières : nous avons vu que la fonction de l'infirmière s'étend très tôt en dehors des murs de l'hôpital et qu'elle comprend une fonction sociale et de santé publique.

Mais le décret de 1938 institue la dissociation entre le diplôme d'infirmière et d'assistante sociale. Cette rupture institutionnelle ne réglera pas l'attachement des infirmières tout au long du XX^e siècle aux valeurs de la prise en charge sociale et au développement de la médecine scientifique et technique (Acker, 2003, p.298). À partir des années 1960, les associations professionnelles tentent d'affirmer la spécificité de l'activité professionnelle et ainsi de lui donner une autonomie par rapport à l'activité médicale. Cela se concrétisera en 1978 par la loi affirmant un « rôle propre » de l'infirmière à côté d'un rôle prescrit par le médecin.

D'autre part, la structuration du groupe professionnel s'est effectuée autour de l'évolution de la technique médicale, le management et la formation professionnelle continue. En 1975, la loi sur la formation professionnelle dans le secteur de la santé va donner un nouveau souffle à certaines associations professionnelles et permettre la création d'organismes de formation comme l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (A.R.S.I.) ou le Groupe de Recherche et d'Intervention pour l'Éducation Permanente des professions Sanitaires et sociales (G.R.I.E.P.S.). Les travaux menés enrichissent la littérature professionnelle et s'appuient sur des études étrangères, surtout américaines et canadiennes, ou des recommandations du Conseil International des Infirmières (C.I.I.) ou de l'organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). Mais leur transposition à la France n'est pas aisée du fait de l'écart entre les différentes réglementations et entre la place de l'infirmière, pivot du développement de la santé publique et de l'amélioration de la prise en charge des populations, prônée par ces institutions internationales et celle effective de l'infirmière française, dans un contexte structurel étatique où, par exemple, la santé publique est réduite à une part congrue dans l'exercice infirmier.

Enfin, les soins infirmiers sont construits et définis comme la production d'un corpus de connaissances ; ils ne sont plus liés aux qualités d'une personne. Les théoriciennes des soins infirmiers s'appuient sur les travaux d'anthropologie, de psychologie, de sociologie, de philosophie. Les soins infirmiers s'adressent avant tout à une personne prise dans sa globalité. Ils intègrent ses dimensions biologique, psychologique, sociale et culturelle. Ces approches contribuent à réduire l'importance des soins techniques liés à l'activité médicale, à les reléguer « symboliquement à une place secondaire » (Acker, 2003, p.301), même si cela ne fait pas consensus parmi les infirmières.

« L'envahissement technologique » pour reprendre les termes de Blondeau (1999, p.114-115) a suscité un questionnement professionnel, au Canada comme en France, et un repositionnement du côté du *caring* (prendre soin) :

L'importance et la popularité de cette valeur démontrent un désir d'humanisation qu'on avait mis de côté au profit des valeurs dominantes d'une culture technicisée. En ce sens, le choix du caring comme valeur fondamentale illustre bien le mouvement de volte-face qu'on constate à l'égard de l'envahissement technologique qui dénature la qualité des rapports entre les individus. (*id.*, p.113)

De plus, la cohésion de la profession est menacée par des mouvements internes au groupe et par le développement des autres professions. Mouvements internes d'une part dans la mesure où deux courants sous-tendant la démarche de professionnalisation existent depuis les années 60 : l'un se basant sur la personne, l'aide au développement de son autonomie et sur la relation, relayant ainsi la fonction sociale de l'infirmière du début du XX^e siècle ; l'autre se référant à la qualification technique et la spécialisation. Ces mouvements opposés l'un par rapport à l'autre s'appliquent aussi aux modèles théoriques enseignés et utilisés qui peuvent être différents dans une même région. Il existe des tensions également avec les autres professions avec lesquelles les frontières sont fragilisées et mouvantes, l'émergence de nouveaux métiers étant en discussion :

- entre les médecins et les infirmières : le transfert de compétences, les pratiques infirmières avancées,
- entre les aides-soignantes et les infirmières : les premières revendiquant l'espace de la relation au malade,
- entre les infirmières et d'autres professions, comme les techniciens de laboratoire, ou bien encore les bénévoles qui investissent un espace auprès du malade que les infirmiers ont des difficultés à partager.

Le secteur de la santé est en pleine redéfinition du fait de l'évolution de l'offre de soins et de l'organisation du travail. Les modes de prise en charge des malades se diversifient : partage des activités entre les établissements, développement de la prise en charge ambulatoire à l'hôpital comme à domicile. De nouveaux pôles transversaux ont fait leur apparition : gestion des risques (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance), démarches qualité sur l'hygiène, les soins palliatifs, etc. La démarche d'accréditation des hôpitaux mobilise les infirmières, comme les autres professionnels, et conduit à une plus grande formalisation de leur activité. Toutes ces nouvelles tâches surgissent dans un contexte d'augmentation du travail des personnels. Le développement des activités de soins sans hébergement, comme la chirurgie ambulatoire ou l'administration de chimiothérapies, concentre les soins et la surveillance des patients sur quelques heures. Les flux des malades sont de plus en plus tendus, alors que les horaires des soignants sont redéfinis en fonction des politiques de réduction de temps de travail.

Cette segmentation des soins, le resserrement du temps que les infirmières peuvent y consacrer, déstabilisent des références professionnelles fondées sur une approche globale de la personne. Acker fait l'hypothèse que les orientations des politiques de la santé et de la gestion des institutions ont des effets sur le travail des infirmières et rendent plus difficile l'articulation entre les représentations des soins développées par la profession et les conditions réelles de leur mise en œuvre au quotidien (Acker, 2003, p.304).

Enfin, des facteurs externes influencent les phénomènes de perception d'une crise : la mise en place de la réduction du temps de travail difficile dans les institutions hospitalières, le vieillissement de la population, l'accroissement des besoins de santé et la conséquence de la diminution des quotas dans les IFSI en 1997, diminution qui n'a pas été encore rééquilibrée.

Profession infirmière : un métier de l'humain

Étudier les processus de professionnalisation amène à regarder plus attentivement les professions en question. En quoi se distinguent-elles les unes des autres puisque la distinction, la différenciation sont les buts qu'elles poursuivent ? Selon quels éléments les catégoriser ?

Il s'agit d'un métier singulier qui demande des savoirs gestuels particuliers parfois complexes, et aussi la capacité d'être en relation avec une personne qui vit une situation de maladie. Mais en quoi ce métier est-il singulier ?

Beckers (2007, p.9) évoque les métiers de l'interaction humaine, comme être enseignant, ou être infirmier. Ce sont des métiers qui non seulement existent, se déploient dans l'interaction entre les êtres humains, mais aussi qui ont des valeurs sociétales. Elle donne l'exemple de l'enseignant dont la mission est tout autant d'aider les enfants à acquérir des compétences de base, lire écrire compter et d'autres plus complexes, que de les accompagner dans la construction de leur citoyenneté. C'est aussi en se penchant sur le métier d'enseignant que Cifali (1994, p.9) évoque les professionnels qui « œuvrent sur le terrain des métiers de l'humain ». Elle souligne l'importance de la dialectique, de l'interaction donc, dans les activités professionnelles. Il s'agit pour l'enseignant d'accepter son ambivalence, de pouvoir les parler et les nommer.

Beckers (2007, p.39) reprend la catégorisation des métiers proposée par Pastré, Mayen et Vergnaud :

- les activités du secteur industriel où les systèmes techniques deviennent de plus en plus complexes, nécessitant des connaissances de haut niveau et des savoir-faire performant ; mais l'application de procédures ne gomme pas totalement la part du travailleur ;

- les activités se déroulant dans l'environnement naturel, dynamique mais indépendamment de l'opérateur par exemple l'activité agricole ;

- les activités de services qui mettent en interrelation des êtres humains : l'environnement et vivant, dynamique, imprévisible, incertain. Dans ses activités de services, la « cible » de l'intervention est un être humain, doté d'intention, de désir et de volonté propres. Il est donc un acteur à part entière de la situation.

Pour cet auteur, le métier d'enseignant est exemplaire, métier dont « les interventions [...] contribuent à construire l'être humain lui-même dans ce qu'il a de plus spécifiquement humain : ses connaissances, ses valeurs, sa volonté, ses émotions... » (*ibid.*, p.40). Mayen (2007, p.53) souligne le caractère d'imprévisibilité, de variabilité de ces situations : « Dans l'interaction entre humains, l'autre agit et réagit selon ses propres motifs et buts, sa compréhension de la situation, son investissement, sa relation à son interlocuteur, au cadre et à l'objet de l'interaction. »

Le métier d'infirmière appartient également à cette catégorie des métiers de l'interaction humaine, ou métier de l'humain. En effet, ce métier peut être appréhendé selon les caractéristiques des activités de services que Beckers (2007, p.40) énonce : l'objet d'intervention est le soin infirmier, l'objet d'usage le malade, la composante relationnelle représentée par la relation soignant soignée qui peut s'exercer dans des lieux divers (services hospitaliers, domicile, cabinet de soins infirmiers...). Lieux particuliers comme l'hôpital, lieux sensibles : « ainsi en va-t-il de l'hôpital, parfois tout écorché vif. [...] Comment ne pas rappeler en effet que l'hôpital est, comme un corps, 'une maison qui exhale des plaintes humaines', même lorsqu'on n'y guérit ? » (Pouchelle, 2005, p.593). Métier de l'humain car dès le début, l'infirmière prend soin de la personne malade, vivant une situation singulière, angoissante. Prendre soin des malades, des personnes vulnérables afin de les aider à guérir, à traverser les épreuves des maladies parfois longues et invalidantes, ou à mourir dans la dignité. Les infirmières sont censées avoir surmonté ce sentiment « d'inquiétante étrangeté » qui prend le malade face à l'objectivation de son corps physique par les techniques médicales et la perception de son corps intime (Pouchelle, 2001, p.35).

La rencontre avec la personne malade peut être vécue comme effrayante : le malade peut être effrayant à cause de l'état de son corps, de sa couleur, des liquides qu'il expulse, des odeurs qu'il dégage, des sons qu'il produit.

Corps déstructurés comme de grands pantin désarticulés, corps aux membres, au pénis, aux seins amputés, corps taraudés, troués par les tumeurs, corps blessés par les coups, les brûlures, les armes. [corps insupportables] à cause de leur couleur cireuse, grise, bleuâtre, verdâtre jaune, rouge... [...] par ce qui en sort : vomissements incoercibles, hémorragies

cataclysmiques ou en nappe, diarrhées profuses, polyuries effarantes, crachements sanguinolents. Tous ces liquides qui sortent des corps qui se vident, des corps qui perdent leur substance, des corps qui perdent leur consistance, des corps qui se liquéfient devant nous, fondent comme s'ils allaient disparaître.[...] Il nous est pas facile de toucher un corps trop chaud, trop froid, trop sec, trop humide, gras, un corps trop dur, osseux, ou trop flasque et mou plein d'œdèmes, un corps sale. Il ne nous est pas plus facile de sentir l'odeur des corps des malades, l'odeur fade, acide, âcre, aux relents de gâteau sec humide, aux relents d'urine, de matières fécales, de pus, de décomposition, d'alcool, d'acétone. Il ne nous est pas confortable d'entendre le corps des malades : le cliquetis des appareils qui enregistrent ou matérialisent les mouvements de leur cœur, les râles, les pauses respiratoires, le silence. (Lanriec, 1993, p.33)

Lanriec ne souhaite pas détourner les futurs étudiants infirmiers de leur choix professionnel en dressant ce tableau repoussant. Mais, prendre soin d'un malade dans un lit ne peut se faire en privant le malade de son corps : il n'est pas un esprit désincarné, il possède bien un corps, sexué, premier lieu de sa souffrance. Et l'infirmier, avec ses sens, a à faire avec ce corps ; et avec tout ce qu'il lui renvoie : des effets de leur détresse sur lui, de leur parole, de la mort. Nous ne pouvons pas occulter la spécificité de cette activité, puis de ce métier : être infirmière a à faire avec la vie et le corps.

Pour Lanriec, il faut d'abord soigner « ça », c'est-à-dire le côté effrayant des soins, pour pouvoir soigner les autres. Pour l'étudiant, un des moyens est l'écriture du travail de fin d'études qui lui permet de construire l'interaction infirmier/malade/soins infirmiers (*id.*, p.35). Ne pourrait-on rapprocher cette interaction avec la construction ternaire, caractéristique de la psychologie sociale ?

Le professionnel a à faire avec la vie, ses joies, craintes, ses soulagements et la mort. Tout autant les émotions du malade que celles de l'infirmière : plus que de les gérer ou même de les contrôler, l'infirmière doit apprendre à les canaliser afin d'instaurer une relation soignant-soigné authentique, une des conditions pour qu'il n'y ait pas fusion entre identité personnelle et identité professionnelle (Soares, 2009, p.11). Cette dimension en lien avec les émotions du métier semblerait occultée par les étudiants infirmiers. Nous avons été souvent frappée par la décision résolument optimiste de la profession qu'ils en ont au début de la formation, déjà lors des entretiens du concours d'entrée. L'infirmier vit des situations singulières complexes, à partir desquelles il doit produire du savoir, du sens par rapport à ce qui se passe : c'est la définition même des situations de métier.

Prendre soin était perçu comme « naturel », c'est-à-dire appartenant à la nature des femmes : nul besoin de formation. D'ailleurs, un des ouvrages principaux de la littérature professionnelle s'intitule « Être infirmière », d'Evelyn Adam (1979). Il s'agit d'être, et non pas seulement de posséder des savoirs, des compétences techniques, des capacités relationnelles. Cette dimension est très présente dans la littérature professionnelle et dans les interrogations

des étudiants infirmiers lors des exploitations de stages. Il s'agit peut-être là de la dimension éthique des soins. Hesbeen parle de « compétence soignante » pour nommer la compétence qui ne peut se résumer à une dimension techno scientifique de la pratique car ce serait alors réduire la vie et le corps de l'autre à cette dimension. Cette compétence est « reliée à la capacité [qu'ont] les professionnels à penser leur pratique à partir de la quotidienneté de celle-ci. » (Hesbeen, 2011, p.39) Prendre le temps de penser sa pratique, individuellement et collectivement, s'exerce, se déploie, s'entraîne selon lui dès la formation initiale des étudiants.

Quelques données statistiques

Ces données sont tirées de deux rapports de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) (Barlet et Cavillon, 2011 ; Sicart, 2012)). Au premier janvier 2012, il y a 567 564 infirmiers en activité. (En Aquitaine : 29 618) la répartition des effectifs selon le genre et le type d'exercice est présenté dans le tableau 2.

	France		Aquitaine	
	Femmes en %	Effectifs F + H	Femmes en %	Effectifs F + H
Salarié Hospitalier	87	388 774	86,7	19060
Libéral et mixte	83,6	91 711	85,2	6059
Autres salarié	91,2	73 166	90,4	4499
Total des effectifs	567 564		29618	
	87,1		86,9	

Tableau 2 : Les infirmiers au 1er janvier 2012 en France (Métropole et DOM) et Aquitaine

La profession reste majoritairement féminine. Cependant, si nous nous penchons sur les spécialisations telles que présentées dans ce rapport de la DREES, il apparaît quelques disparités à l'examen des spécialisations : le taux de féminisation de 87,1 % se trouve singulièrement augmenté ou légèrement diminué en fonction des spécialisations.

Nous retiendrons les spécialisations suivantes : infirmière puéricultrice DE, infirmière aide anesthésiste DE, infirmière de bloc opératoire DE et les cadres.⁸

La spécialisation de puériculture DE est féminisée à 98,6 %, celle des IBODE à 87,9 %. Les spécialisations d'IADE et de cadres rassemblent respectivement 69,6 % et 83,8 % de femmes. Les infirmiers choisissent plutôt ces deux dernières spécialisations : celle d'IADE est choisie par 43,7 % d'entre eux et celle de cadres par 39,1 %. Le métier d'IADE est très technique, nécessitant des savoirs de haut niveau et des savoirs pratiques perçus comme performants. Leur domaine d'activité est lié de très près à celui du médecin anesthésiste. Cette spécialisation est auréolée d'un certain prestige au sein de la profession.

⁸ Dans le groupe des « cadres », nous incluons les cadres infirmiers, les cadres infirmiers psychiatriques et les cadres de santé ; le dernier sous-groupe existe depuis la réforme de la formation cadre en 1995.

Les perspectives professionnelles

Les pratiques avancées

Le qualificatif « avancées » de ces pratiques peut interroger sur plusieurs points : constituent-elles une avancée pour la profession dans le sens d'une valeur ajoutée, d'une plus grande efficience pour la qualité des soins dispensés à la population ? Sont-elles une avancée, au sens quasi physique, dans le territoire médical ? Sur quels textes réglementaires vont-elles se fonder, le code de santé publique ne les prenant pas en compte encore à ce jour ?

Dans les pays pionniers (USA et Canada), les pratiques infirmières avancées ont été initiées pour combler le déficit des médecins dans certaines zones : aux USA, cela a été concomitant à la création de l'Assurance Maladie pour les personnes à faibles revenus et de plus de 65 ans (Delamaire et Lafortune, 2010, p.18).

La définition des pratiques infirmières avancées énoncée en 2008 par le Conseil International des Infirmières (CII) est la suivante (Delamaire et Lafortune, 2010, p.24) :

Une infirmière praticienne/en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée.

L'importance que prend la réflexion professionnelle en France sur les pratiques avancées est liée à l'évolution du métier, déjà mis en avant par le rapport Matillon de 2003 et par le rapport Berland en 2003 également.

Le rapport Matillon rappelle que la question de la gestion des compétences des professionnels de santé est systématiquement évoquée dans le rapport sur la démographie médicale. La profession infirmière faisant partie des auxiliaires médicaux, il est évident que tout problème touchant la profession médicale l'influencera. Il souligne également que le législateur a retenu le critère légal de la qualification, liée donc à l'obtention du diplôme, pour légitimer l'atteinte à l'intégrité physique des personnes par les professionnels de santé. (Matillon, 2003, p.12).

Les rapports Berland sur « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » en 2010, après celui de 2003 sur « La coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) » préconisent ce transfert de compétences pour pallier la pénurie médicale, optimiser l'offre de soins et réduire les coûts reprenant les facteurs principaux du rapport de l'OCDE pouvant expliquer l'intérêt pour les pratiques avancées.

Dans la littérature professionnelle infirmière, une position émerge dans les années 2000 pour soutenir une professionnalisation qui se baserait, qui serait légitimée par le transfert de compétences, c'est-à-dire le transfert de certaines compétences médicales à certaines infirmières. Dans les pays où il existe une discipline infirmière, comme au Canada par exemple, cette infirmière de pratiques avancées paraît être le résultat d'une « hybridation », ni vraiment médecin mais ni plus tout à fait infirmière. La profession qui avait comme but de se différencier de la médecine semble s'engager dans la voie de la médicalisation de la profession infirmière. De nouveaux rôles infirmiers sont à constituer mais la réglementation ne suit pas pour l'instant. Comme au Canada, les principales raisons de la création de ces pratiques infirmières avancées sont la pénurie des médecins, le vieillissement de la population, les coûts concernant le suivi des malades chroniques, l'évolution de la médecine que ce soit à visée diagnostique thérapeutique, la recherche d'efficience et d'efficacité, s'appuyant en partie sur la réorganisation des soins et des services (Desrosiers, 2010).

Pour légitimer l'atteinte à l'intégrité physique des personnes par les professionnels de santé, le législateur fait appel à la qualification de ces dernières. Même dans le cadre d'un acte à visée thérapeutique, comme le cas de greffe d'organe par exemple, le législateur donne une dérogation aux professionnels pour procéder aux prélèvement et transplantation de l'organe. Les pratiques avancées en soins infirmiers sont évoquées dans la loi du 4 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » qui pose le cadre de réalisation de protocoles de coopération entre professionnels de santé. Les débats autour de cette question des pratiques avancées remettent sur le devant de la scène la dichotomie ou la tension existant dans la pratique infirmière entre le pôle « relationnel » et le pôle « technique ».

Comme le rappellent Peoc'h et Saint-Jean (2012, p.314), cette distinction existe aussi dans les pays anglo-saxons entre

[...]une approche clinique autonome centrée sur une prise en charge biopsychosociale de la personne soignée et une clinique soignante axée sur le « prendre soin » du sujet dans une vision phénoménologique [...]et] une approche centrée sur une prise en charge biomédicale de la personne soignée et sur l'approfondissement d'une qualification technique au service de l'activité médicale, diplômante et reconnue dans des textes législatifs [les spécialisations infirmières] dans une vision plus techniciste et utilitariste.

S'appuyant sur la différenciation aristotélicienne entre *praxis* (l'action ayant pour finalité l'accomplissement de l'homme et comme mode de connaissance la *phronesis*) et *poïesis* (activité de production de biens ou de services utiles à la vie, ayant comme mode de connaissance la *techné*, le savoir-faire), elles interrogent le sens de la pratique infirmière : prendre soin ou faire des soins ? L'activité soignante engage le sujet dans une transformation de soi-même ainsi qu'une émancipation sociale. Dès lors, la pratique infirmière avancée ne se

réduit pas à un transfert d'actes médicaux mais se déploie également dans le sens « [d'] une extension du parcours professionnel, une progression linéaire à l'intérieur d'une même profession » ^(id., p.316).

L'ordre national infirmier

Dans cet effort de s'affirmer comme une profession à part entière, les infirmières obtiendront en 1993, en 2002 puis en 2004 des « règles professionnelles » qui se rapprochent d'un code de déontologie. La création d'un ordre professionnel, réclamé par une grande partie de la profession, fut effective en décembre 2006. La création de l'Ordre national infirmier (ONI) a été qualifiée de « soubresaut dans la monotonie » par d'autres (Delmas, 2009a, p.39).

La volonté de créer un ordre infirmier est ancienne, trois propositions de loi avaient déjà été rejetées par l'Assemblée Nationale, en 1998, 2003 et janvier 2006. Portée par un collectif⁹, la proposition de loi des députés Briot et Mallié est adoptée en dernière lecture le 14 décembre 2006.

En septembre 2012, l'ONI compte 121 000 inscrits sur 552 908, soit près de 22% des effectifs pouvant prétendre à l'inscription à l'ordre. Pour les salariés, les pouvoirs publics sursoient à l'obligation de s'inscrire à l'ordre pour pouvoir exercer. En septembre 2011, l'ordre national, sous la menace d'un dépôt de bilan, a dû mener un plan de restructuration drastique, incluant de nombreux licenciements et la fermeture de locaux départementaux.

Organisé en trois niveaux territoriaux (national, régional et départemental), l'ordre représente tous les infirmiers en exercice, à l'exception des infirmiers militaires, et exerce de nombreuses missions prévues par la loi (Art L 4312-2 de la loi du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national infirmier) :

- 1 - Il contrôle l'accès à la profession, en vérifiant, à l'occasion de l'inscription des infirmiers à son tableau, que « les conditions de compétence, de moralité et d'indépendance » exigées par la loi pour l'exercice de cette profession sont remplies.
- 2 - Il maintient les principes éthiques nécessaires à l'exercice de l'art infirmier, énoncés dans le code de déontologie préparé par son Conseil national. À ce titre, il conseille et soutient les infirmiers en cas de problème déontologique dans leur exercice. Ses chambres disciplinaires jugent et sanctionnent les éventuels manquements à la déontologie.
- 3 - Il veille à développer la compétence des infirmiers dans le cadre de leur obligation de « développement professionnel continu ». En particulier, en coordination avec la Haute

⁹ Ce collectif était formé de quatre syndicats d'infirmiers libéraux, de nombreuses structures représentatives d'infirmiers salariés, dont l'ANFIIDE et le CEFIEC.

Autorité de Santé, il participe à la diffusion de règles de bonnes pratiques et organise l'évaluation de ces pratiques.

4 - Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

5 - Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession d'infirmier. Il peut, devant toutes les juridictions, exercer les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à la profession.

6 - Il peut concilier les litiges entre un patient et un infirmier ou entre infirmiers.

7 - Il assure la promotion de la profession.

8 - Il étudie les questions et projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé concernant l'exercice de la profession infirmière. Il contribue ainsi, par ses avis et ses propositions, à la pertinence des textes touchant à la profession.

9 - Il participe au suivi de la démographie de la profession infirmière et à la production de données statistiques homogènes. Il étudie l'évolution prospective des effectifs d'infirmiers au regard des besoins de santé, afin d'anticiper les réponses à leur donner.

10 - Il peut organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice des infirmiers inscrits à son tableau et de leurs ayants droit.

11 - Il assure la représentation de la profession dans le cadre de ces missions.

Dès sa création, l'ONI a fait face à de multiples critiques, des oppositions venant de certaines centrales syndicales qui dénoncent tous les ordres paramédicaux : le droit d'exercer est lié à l'obtention du diplôme d'État et non au paiement d'une cotisation à un ordre professionnel. Cette opposition des syndicats représentatifs, surtout des salariés du public, vont interroger les acteurs publics sur la pertinence, la viabilité voire l'utilité de cette instance. Malgré et à cause de la réduction de la cotisation annuelle (qui passé de 75 à 30 €), l'ONI se trouve devant d'une part une désaffection des professionnels et d'autre part à des difficultés financières sérieuses. Cette réticence pour adhérer à une instance professionnelle n'est pas nouvelle. La représentativité syndicale infirmière est très éparpillée et aux dernières élections professionnelles de 2011 le fort taux d'abstention a fait dire à l'un d'entre eux que « les infirmières cultivent avec une certaine constance un paradoxe bien propre à la profession en laissant aux autres le « soin»... de décider pour elles-mêmes » (Coordination Infirmière, nc).

L'existence d'une instance professionnelle fédératrice existe pourtant à l'échelon international depuis 1899 : le Conseil International des Infirmières (CII). Ce n'est pas une instance ordinale mais un regroupement d'associations nationales d'environ 128 pays dont le siège est basé à Genève. Ses missions sont de rassembler des infirmières du monde entier, de

faire progresser les soins infirmiers et les infirmières du monde entier et d'influencer les politiques de santé. Ses propositions, par exemple concernant la pratique infirmière, la recherche, les conditions de travail sont reprises par les états lors de l'élaboration de leurs politiques de santé des soins infirmiers. Le Code de l'Infirmière du CII est le fondement de la pratique éthique des professionnels infirmiers de tout pays.

Le président du conseil national de l'ordre des infirmiers, D.BORNICHE, plaide pour la création d'une filière infirmière complète jusqu'au doctorat, ce qui serait la reconnaissance de la recherche infirmières. Pour lui, la profession souffre de trop de polyvalence, source d'une qualité moyenne. Une des pistes de modernisation et de professionnalisation est celle des pratiques avancées (Soins cadres, 2012, p.8).

La recherche infirmière

Nous aborderons ici les différents travaux présentés dans les revues professionnelles par des professionnels d'exercice et ceux proposés dans le cadre du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP). Ce dernier ne se substitue pas au programme hospitalier de recherche clinique mise en place depuis 1993 ; il intègre le personnel paramédical dans ses recherches et encourage la recherche interdisciplinaire. Ce programme est hospitalier, et les centres hospitaliers se dotent de structures transversales, dédiées à la recherche.

Le PHRIP encourage les protocoles de coopération entre les professionnels de santé dans le cadre de recherches au bénéfice des malades. Il s'agit d'améliorer la qualité des soins. Les auxiliaires médicaux sont divisés en deux collèges le collège 1 regroupant les programmes de recherche élaborés par les infirmiers, et le collège 2 regroupant ceux des autres auxiliaires paramédicaux. Les projets de recherche sont proposés et choisis à un échelon national.

Le séquençage universitaire de la formation/PHRIP est interrogé par certains : les projets de recherche sont initiés auprès de professionnels formés avant 2009. Il en découle qu'une formation à la recherche est assurée avant et en continu simultanément à la réalisation de la recherche.

Les projets de 2011 du collège 1 (infirmier) montrent une variété de thèmes sur les 9 projets centrés sur la pratique et sur la spécificité du rôle infirmier. Nous n'avons pas connaissance néanmoins des protocoles des projets. Quelques exemples suivent :

- Pratiques d'information du patient et des familles par rapport au diagnostic de schizophrénie.

- Développement et validation d'un score de détection précoce du *sepsis* sévère aux urgences par l'infirmière d'Organisation et d'Accueil.
- Efficacité du toucher relationnel dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en hôpital gériatrique.

Un seul projet est ciblé sur la population des cadres de santé et sur leurs pratiques managériales : « Impact d'une formation-action à la conduite du projet d'amélioration de la qualité des soins sur les pratiques managériales du cadre de santé ».

La recherche est valorisée dans le référentiel de formation de 2009. Elle est la condition *sine qua non* principale de la logique de l'universitarisation.

1.2.2.2 L'organisation hospitalière

Avec la création des centres hospitaliers régionaux universitaires en 1958, la médecine française a eu à sa disposition un vaste domaine de structures de haute technologie. Mais le système de santé français est rentré en zone de turbulences à la fin des années 80. L'hôpital, ainsi que les professionnels qui y travaillent, traverse une crise qui perdure en ce début du XXI^e siècle ; les réformes hospitalières se succèdent sans réelle mesure de leur efficacité.

Il semble que nous soyons témoins aujourd'hui d'une crispation dans l'organisation hospitalière. L'hôpital est devenu une organisation où le pouvoir est surtout assuré par le directeur, donc le pouvoir administratif ; l'organisation en pôles d'activité pourrait gommer les spécificités des différents services toujours organisés selon les spécialités médicales, et ainsi contribuer à réduire le pouvoir ou l'influence des médecins, chefs de ces services.

L'hôpital : crise et réformes...

La modernisation de l'hôpital

À la fin de la Seconde Guerre Mondiale, la médecine française vivait sur les acquis d'excellence de la clinique qui fit sa réputation avant la guerre de 1914-1918. La réforme de 1958 a été considérée par le corps médical comme un véritable coup de force qui a remis en cause le caractère libéral des médecins hospitaliers qui contrôlaient pour les meilleurs d'entre eux la formation médicale au sein des facultés. Cette réforme a introduit quatre idées forces (Schweyer, 2003, p.237) :

- le rapprochement et la coordination des activités de l'hôpital et de la faculté de médecine ;
- le principe du plein-temps des services et du personnel hospitalo-universitaire ;
- l'enseignement de disciplines à tous les futurs médecins ;

- l'institution d'un concours final de recrutement, national et anonyme, rompant avec le principe de la spécificité locale.

L'organisation française de l'hôpital public comporte plusieurs classes d'hôpitaux que les pouvoirs publics essaient de décloisonner. Pour certains, c'est un système entièrement figé, cautionné par l'université (Lafaye, 2002, p.61), introduisant de manière trompeuse une hiérarchisation des compétences des médecins. Cependant, depuis 2007, l'organisation territoriale des hôpitaux a été réaménagée : réorientation ou fermeture de certains services ; fusion de structures hospitalières dont l'efficacité a été questionnée par un rapport de l'IGAS en juillet 2012.

Aujourd'hui, l'hôpital a comme caractéristique d'être : la fabrique de médecins ; une affaire d'état ; un lieu où les médecins y sont mal connus ; un lieu où le taux de féminisation est plus fort que dans l'ensemble de la profession médicale ; un lieu avec un pouvoir administratif fort : la fonction de directeur existe depuis 1941 mais c'est la loi hospitalière de 1991 qui la consacre : il est dit pour la première fois que le directeur dirige l'hôpital. Le système de gouvernement de l'hôpital est complexe car il s'agit de répondre aux besoins locaux en respectant l'histoire singulière de chaque hôpital tout en appliquant les décisions et les procédures centrales qui s'appliquent à tous.

L'hôpital est devenu un acteur central du système de santé. Presque la moitié des professions de santé y travaille et la majorité d'entre elles y est formée. Son poids économique est considérable : les soins hospitaliers représentent 43% des dépenses de soins et de biens médicaux soit 61,5 milliards d'euros en 2003 avec une croissance de 6% en valeur, légèrement inférieure à celle des médicaments et des soins ambulatoires (Schweyer, 2006, p.61).

Dans un système qui s'est complexifié, modifié, l'hôpital éprouve désormais des difficultés à assurer ses missions d'hospitalité, de gestion collective du malheur et parallèlement celle d'innovation biomédicale.

La prééminence de l'institution hospitalière a donné au système de soins son trait le plus fondamental : l'hospitalocentrisme qui soumet au principe et à la loi de l'autorité médicale hospitalo-universitaire l'ensemble du domaine de la production médicale. Il a été marqué à la fois par un recrutement massif de médecins et de personnel paramédical et par une entreprise générale de rationalisation du fonctionnement hospitalier. Le développement des techniques a rythmé, précédé et accompagné la spécialisation continue de la pratique médicale, il induit une partie de l'accroissement des dépenses que les pouvoirs publics

essayèrent de maîtriser par la planification hospitalière. L'hôpital est devenu technique et bureaucratique.

Certains médecins remettent en cause la logique économique libérale qui est à l'œuvre dans le système de santé, dénonçant entre autre « la logique productiviste typiquement décalquée du monde industriel » (Grimaldi, 2005, p.47). Il y a deux logiques qui s'affrontent : la logique médicale et administrative. La gestion des hôpitaux étant passée historiquement des médecins aux administratifs. Plus précisément, au sein du système technique qu'est devenu l'hôpital, cohabitent et s'affrontent la « logique rationalisatrice » de l'État représentée par l'administration hospitalière et la «logique scientifique et technique » du corps médical qui pousse vers plus de spécialisation et davantage d'actes techniques (Carricaburu et Ménoret, 2004, p.30).

Arrêtons-nous sur un point particulier de l'évolution de l'organisation hospitalière : la technicisation des pratiques. Nous allons voir que ce point est discuté par certains professionnels de la santé et que, pour les infirmières, cela alimentera un questionnement professionnel. En ce qui concerne l'explosion des savoirs et des techniques, des auteurs comme Grimaldi (2005) dénoncent le danger que pourrait constituer la course à la technologisation des soins. Au point qu'ils en appellent à « réinventer l'hôpital public ».

Les techniques ont transformé la pratique et la division du travail médical. De nombreuses découvertes qui ont accéléré la mutation de l'hôpital sont somme toute récentes, que ce soient la découverte des sulfamides en 1936, celle de la biologie moléculaire en 1950. Plus encore des techniques sophistiquées, impliquant des appareils fragiles et coûteux, ont nécessité des services de maintenance performants, des procédures et des standards. Prenons l'exemple de la radiologie : elle a vite intégré les techniques électroniques (1950), puis informatiques (1970), les techniques de sonar (les échographies en 1975) ou de la physique des particules (le scanner en 1976), enfin des techniques radio magnétiques (l'Imagerie par Résonance Magnétique en 1980). L'équipement technique devient alors « un emblème, un totem à signification polysémique, un gage de compétence, une source de productivité, imposé comme un prix à payer pour garantir la qualité de la prestation offerte » (Schweyer, 2003, p.246). La technique est une source de prestige qui permet à l'hôpital de ne pas être déclassé (dans les classements de certains magazines ?). La taille des plateaux techniques prend alors le pas sur la notoriété et la compétence des praticiens.

La technique est ambivalente : plus elle se développe, plus elle libère l'Homme de sa subordination à la nature, mais plus elle risque de le rendre esclave de la technique allant jusqu'à menacer en lui son humanité (Grimaldi, 2005, p.52). Ces inquiétudes énoncées par

Grimaldi font écho à celles d'Ellul. La technique - et non la technologie - comme finalité et non moyen deviendrait un danger pour l'Homme. Il souligne le paradoxe entre la croyance que l'Homme peut maîtriser la technique et le fait que celle-ci peut tout. C'est une illusion basée sur l'idée de puissance de l'Homme (Ellul, 2004, p.295) :

C'est bien en effet la conviction fondamentale de tous que la technique peut accomplir tout notre désir de puissance et qu'elle est en elle-même omnipotente. Illusion sûrement [...] d'autant plus intéressante qu'elle est illusoire : c'est la croyance absolue du monde « moderne » qui implique le renoncement absolu de l'Homme à la maîtriser.

Cette impossibilité de maîtrise s'explique en partie par l'extension considérable de l'échelle des effets sociaux du progrès technique, et ceci s'applique parfaitement aux techniques médicales : il n'est plus possible de porter des jugements de valeur. Qu'est-il bon d'obtenir par le moyen technique ? Si la technique rend tout possible, elle est devenue elle-même la nécessité absolue (Ellul, 2004,, p.401). La technique prétend à rendre visible l'invisible, à rendre le corps transparent. Serait-ce là les prémices de l'abandon de la clinique, de l'humain ? Quelles répercussions a cette situation hospitalière singulière sur les personnes qui y travaillent ?

Les réformes structurelles

De nombreuses réformes visant à réduire le coût de fonctionnement des hôpitaux et à améliorer l'accès aux soins pour la population se sont succédées (Strutmeyer, 2007, p.26 et *sqq*). Depuis 1970, avec l'instauration de la carte sanitaire, la planification de l'offre de soins tente de réunir dans une sorte de mutualisation de l'offre des établissements publics et les établissements privés. Nous n'aborderons que les principales réformes et les éléments en lien avec la profession infirmière.

Les ordonnances du 24 avril 1996 visent une meilleure gestion de l'hôpital et la maîtrise des coûts, sans oublier l'amélioration de la qualité des soins. L'organisation de la sécurité sociale est précisée ; ainsi que la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La pertinence de la carte d'organisation sanitaire est réaffirmée afin de poursuivre l'élaboration de réseaux entre hospitalisation publique et privée.

La Loi du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé énonce, en faveur des malades, des droits qui sont en quelque sorte détachés des règles professionnelles, déontologiques ou éthiques et sont surtout basés sur les devoirs des professionnels.

Le plan hôpital 2007 s'appuie sur des rapports de mission et les ordonnances du 4 septembre 2003 et du 2 mai 2005. L'objectif de cette nouvelle réforme est une nouvelle fois de réduire le coût de l'hospitalisation tout en améliorant le service rendu à la population. Les points clés de ce plan sont : la répartition des services en pôles d'activité ; la tarification à l'activité (T2A) ; le management participatif autour des projets, qu'ils soient d'établissement, médical, de pôle, de soins.

La gouvernance hospitalière

L'hôpital est l'un des services publics qui a supporté le plus grand nombre de réformes, structurelles et fonctionnelles : création des agences régionales d'hospitalisation puis des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010, certification, création de la tarification à l'acte, nouvelle gouvernance en pôles d'activité...

Les hôpitaux publics affichaient en 2010 un déficit de 433 millions d'euros, résultats cependant en amélioration par rapport à 2007 : - 130 millions d'euros. Le système de santé français est le plus cher du monde : il représente 12,1 % du produit intérieur brut en 2010 pour les dépenses courantes de santé.

Le système hospitalier bien qu'étant un poste financier déficitaire génère près d'un million d'emplois, il stimule la recherche, l'innovation ainsi que la croissance par l'achat de biens médicaux et de services. L'évolution de l'hôpital l'a amené à passer par différents stades pour aboutir aujourd'hui à l'hôpital entreprise, financé par les cotisations sociales et par des emprunts. Le contrôle des pouvoirs publics sur les hôpitaux étant jugé peu efficace, la « note » des centres hospitaliers universitaires a été dégradée en juillet 2012 par une agence de notation, comme n'importe quelle entreprise.

Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires restructure la gouvernance hospitalière et l'organisation des soins. Elle donne une place prépondérante à la région à travers la création des Agences régionales de santé (ARS). Elle tente de réconcilier le sanitaire et le sociale et comporte quatre titres :

- titre I : modernisation des établissements de santé ;
- titre II : amélioration de l'accès à des soins de qualité ;
- titre III : prévention et santé publique ;
- titre IV : organisation territoriale du système de santé.

Avec l'apparition de pôles, c'est-à-dire le regroupement de plusieurs services de soins, l'accent est mis sur la mise en réseau du travail et sur le développement des compétences

collectives et sociales. La formation, qu'elle soit initiale ou continue, ne se centre plus sur la qualification (par l'acquisition de savoirs nouveaux) mais sur une logique de compétences.

Au niveau infirmier, cette loi complète ou renforce différents points :

- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicaux techniques qui est le plus souvent le coordonnateur des soins de l'hôpital devient membre de droit du directoire qui coordonne la politique médicale de l'établissement ;
- l'infirmière est autorisée à renouveler les prescriptions de médicaments contraceptifs oraux sous certaines conditions ;
- la recherche en soins infirmiers est encouragée ;
- la loi portant création d'un ordre national infirmier est complétée et la création des différentes instances (départementale, régionale) est précisée.

Trois années plus tard, en avril 2012, la mission hôpital public a rendu son rapport au ministre de la santé Xavier Bertrand sur les attentes et les difficultés nées des réformes au sein de l'hôpital dont la loi HPST de 2009. Les membres de la mission ont constaté un investissement de tous les personnels et les relations parfois difficiles avec des autorités de tutelle, en particulier l'ARS. La mission énonce des propositions dont notamment « la valorisation de la notion de service public hospitalier, la stabilisation du cadre législatif et réglementaire actuel, une pause dans les réformes touchant l'hôpital, et enfin la correction des points négatifs du dispositif de financement à l'activité » (Marques, 2012, p.8). En effet, la T2A entraîne une course aux actes rentables qui sont alors multipliés. Par contre, certaines activités ne sont pas comptabilisées, comme l'accueil ou les entretiens avec le malade. Ce qui est visé est la rentabilité financière. D'un autre côté, la T2A a permis aux régions sous-cotées de réduire leur retard.

Face à ce changement de logique dans la gouvernance hospitalière, la Fédération Hospitalière de France en 2010 s'est posée la question suivante : comment est perçu l'hôpital public aujourd'hui ? Les personnes ayant répondu au sondage de la TNS-SOFRES, réalisé en février 2010, jugent insatisfaisants les moyens financiers et humains octroyés à l'hôpital public (77 %) ; elles sont satisfaites de la qualité des soins (83 %), de l'accueil (73 %) et le sont significativement moins de la prise en charge des personnes âgées (43 %). Enfin, elles jugent que l'accompagnement des personnes en fin de vie est à améliorer (60 %).

Le développement professionnel continu

Le développement professionnel continu (DPC) a été instauré par la loi HPST de juillet 2009 ; il s'inscrit plus largement dans la politique de formation tout au long de la vie et au niveau institutionnel, à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).

Le but de la GPMC est de « pouvoir positionner un agent au bon endroit, au bon moment ». Et s'appuie sur l'anticipation : repérer les variations de l'activité médicale, analyser l'écart entre les compétences actuelles des professionnels et celles requises, et donc prévoir l'acquisition de ces dernières (Gugast, 2011, p.27). Un des objectifs de cette stratégie managériale est d'augmenter le niveau des compétences collectives, et cela doit se traduire par la formalisation individuelle de la valeur professionnelle. Est-ce l'addition des compétences individuelles qui fait le niveau des compétences collectives ? Sur quel type de « balance » peser la valeur professionnelle ? Les professionnels n'ont-ils une lecture du métier que « [par] la lorgnette de l'ancienneté et de l'évolution en classe normale, supérieur, voire exceptionnelle de leur carrière »? (*id.*, p.26)

Le DPC se définit comme suit : « [il] comporte [...] l'analyse par les professionnels de santé de leurs pratiques professionnelles, ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances de compétences. » (Dardel, 2012, p.4) Il permet d'accompagner les évolutions du système de santé d'améliorer la qualité des soins aux patients grâce au développement permanent des compétences des expertises. Pour chaque professionnel de santé, le DPC pose comme une obligation individuelle le développement des compétences professionnelles tout au long de la vie. Les professionnels peuvent désormais s'adapter au contexte et aux changements qu'il induit, et ainsi être acteurs de leur parcours professionnel

Dans ce monde mouvant des innovations des techniques et technologies, l'actualisation des connaissances est inscrite dans le code de santé publique depuis les années 70. Certains s'interrogent avec Palazzeschi (1998, p.534) des conséquences sur l'être humain que d'avoir toute sa vie à être en processus d'apprendre : « l'homme serait-il de plus en plus inachevé au fur et à mesure qu'il produit des technologies qui l'obligent à repenser ses activités en médiatisant par l'intelligence artificielle sa relation au monde ? »

Cette question se pose tout autant concernant la construction identitaire : quel rôle ambitionne de jouer la formation continue dans cette construction, compte tenu de sa place quasi obligatoire ?

1.2.3 La construction d'une science infirmière

Depuis 2006, c'est-à-dire la création de l'ONI, la profession infirmière semble concentrer ses efforts sur la construction d'une science infirmière autonome, discipline à part entière. Les différentes stratégies mises en œuvre sont axées sur l'activité professionnelle et la construction de savoirs spécifiques.

Les infirmières françaises prennent comme exemple, voire comme modèle, la science infirmière en Amérique du Nord. En effet, la discipline infirmière ainsi que la majorité des modèles conceptuels de soins sont d'origine anglo-saxonne. La plupart des modèles conceptuels ont été conçus entre 1950 et 1980 et font appel à plusieurs théories des sciences sociales comme la psychologie sociale, la sociologie, l'anthropologie, les sciences de l'éducation au même titre que les sciences médicales (Perreault et Saillant, 1996, p.8).

Les auteurs professionnels militent pour la création d'une science infirmière se fondant sur un savoir propre et un développement universitaire. Leur visée est de positionner l'infirmière comme une actrice centrale du système de santé.

La formation infirmière donne accès une qualification diplômante et à l'exercice d'un métier socialement reconnu, dans le cadre de statuts et de convention collective. Cette formation, bien que post baccalauréat, ne relevait pas jusqu'en 2009 de l'enseignement supérieur, elle s'effectuait en écoles professionnelles ou en centre de formation ayant reçu l'agrément du ministère de la santé. Depuis 2009, la réglementation impose un partenariat avec l'université. Le terme d'universitarisation plutôt que celui d'académisation a été retenu.

En soutenant l'universitarisation de la formation, le groupe professionnel cherche à parvenir à la création d'une science infirmière, discipline autonome et spécifique avec des bases épistémologiques stables et différenciées. Mais cette professionnalisation par les savoirs est un processus long et malaisé. Certains adoptent des positions « extrémistes », militant pour une pensée infirmière épurée voire pure. Pour eux, « la pensée infirmière, structure indispensable à une pensée autonome, est polluée dès la formation par les pensées médicales, psychologiques, sociologiques, ethnologiques..., alors qu'elle devrait servir de base fondamentale à l'enseignement et à l'autonomisation » (Delmas, 2009, p.44).

La quête d'identité est la première étape vers la conquête d'un espace disciplinaire. Il semblerait qu'aujourd'hui cet espace se fonde sur la clinique infirmière (Lecordier, 2013, p.5) et sur le développement d'une activité de recherche.

Faire émerger une discipline infirmière est facilité par la centration sur la pratique professionnelle. Mais des questions récurrentes se posent : s'agit-il d'une recherche infirmière ou médicale ? D'une recherche en sciences infirmières ou d'une recherche en sciences

humaines réalisée par une infirmière ? (Lecordier, Rémy-Largeau, et Jovic, 2013, p.9). Une des voies possibles est de « réaliser des recherches infirmières utiles pour l'amélioration de la qualité des soins délivrés à la population » (*id.*, p.12).

Hesbeen encourage les membres de la profession à ne pas se perdre dans une « scientification » qui serait réductrice mais à interroger ce qui fait la spécificité de la profession : peut-être « cette dimension peu 'spectaculaire', peu 'mesurable', peu 'sophistiquée' » (Hesbeen, 1994, p.35).

Beaucoup de travaux s'étaient sur la professionnalisation des activités, ou des savoirs. Ils s'appuient sur une démarche bio-médicale même si certains projets de recherche infirmiers font clairement référence au rôle spécifique infirmier. Mais qu'en est-il de la professionnalisation des individus ? Et des étudiants en particulier ? Ce questionnement fait écho au premier des trois problèmes principaux que Davis *et al.* énonçaient en 1966 concernant la formation infirmière, à savoir l'échec à sélectionner des étudiants pouvant exercer ultérieurement le leadership professionnel. Les deux autres problèmes repérés étaient la fuite de certaines infirmières de l'exercice hospitalier et l'écart entre la formation et la pratique hospitalière des soins (Davis *et al.*, 1966, p.157, trad.pers.).

La construction d'une science infirmière nécessite des professionnels suscitant l'engagement, convaincus, voire charismatiques pour porter ce projet. Accompagner l'émergence d'un acteur social (Lesne, 1977) est un des buts de la formation.

1.3 Le développement professionnel identitaire des étudiants infirmiers

1.3.1 Deux axes de professionnalisation

La formation initiale aurait pu se cantonner à continuer à qualifier les *cursti*. Mais diverses pressions ont poussé les dispositifs de formation à s'engager dans le questionnement de la professionnalisation. Goudeaux (2007, p.112) mentionne la place des stages, lieu de production du futur professionnel qui doit être opérationnel rapidement, et les milieux de la recherche qui ont élargi l'étude du travail en le dégageant du métier et de la qualification. Tous les dispositifs de formation à visée professionnalisante énoncent comme objectif d'agir tout autant sur la pratique que sur l'identité professionnelle (Maubant *et al.*, 2010, p.127). Toute formation a une fonction émancipatrice afin que le sujet devienne un véritable acteur social (Lesne, 1977, p.54).

La plupart des auteurs s'accordent pour avancer que la formation professionnelle vise des objectifs pédagogiques ramenés le plus souvent à la maîtrise de savoirs théoriques et procéduraux que l'expérience est censée transformer en compétences. La professionnalisation

est un processus de socialisation secondaire, c'est-à-dire l'intégration dans un groupe métier qui répond à des demandes sociales.

Pour l'équipe REPERE de Toulouse, même si ses travaux ultérieurs affineront cette définition en y introduisant l'implication professionnelle, la professionnalisation se définit « comme un ensemble de processus en interaction conduisant à la construction et à l'évolution d'une identité professionnelle attestant de compétences spécifiques » (Lac, 2010, p.135).

C'est la logique de la compétence qui a fait reconnaître les formations par l'alternance. La difficulté ou la richesse de processus de la professionnalisation est que, en filigrane, existe une construction identitaire. Il s'agit de développer un certain rapport au métier, aux autres, aux situations problèmes ; ce processus vise l'adoption de comportements légitimes à l'intérieur de la communauté de métier, ces comportements légitimes sont au cœur de la construction identitaire.

Wittorski souligne bien que l'on ne peut pas opérer une distinction étanche entre les différents objets de la professionnalisation. La professionnalisation, *in fine*, relève d'une transaction entre le sujet et son environnement, ce terme est donc étroitement lié à celui de compétences et d'identité professionnelle (Wittorski, 2007, p.147).

1.3.1.1 L'attribution des compétences

La référence aux compétences qui s'est généralisée dans la construction des *curricula* en Europe est la marque des nouvelles politiques éducatives. Certains critiquent cette approche qu'ils perçoivent comme un assujettissement, une soumission de l'éducation aux intérêts économiques ; d'autres y voient plutôt une reconnaissance de l'éducation comme pilier du développement économique des pays, sans renoncer pour autant à la visée émancipatrice de toute éducation.

L'approche par compétences (APC) est associée à la professionnalisation. Elle est devenue le mode d'apprentissage essentiel de toute formation initiale aujourd'hui. « On parle de la culture de la compétence. Après l'honnête homme du 17e, l'homme citoyen de la fin du 18e, l'homme éduqué de la fin du 19e, l'homme compétent devient l'idéal de la fin du 20e. » (Palazzeschi, 1998, p.532) . Souvent le terme est employé comme synonyme de « objectifs opérationnels ». Or l'idée de compétences, plus large, permet de saisir les progrès intellectuels majeurs qui s'installent dans le long terme.

Le terme de « compétences » lui-même est apparu en France dans les années 70, suivant en cela l'émergence de l'autonomie individuelle (Zarifian, 2009, p.22) et il a gagné tous les discours sur le travail. La définition qu'en donne le Mouvement des Entreprises de

France (MEDEF) à son congrès de Deauville en 1998 est la suivante : « La compétence est une combinaison de connaissances, de savoirs-faire, d'expériences, de comportements s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable. C'est donc à l'entreprise de la repérer, de l'évaluer et de la faire évoluer. »

C'est une définition qui renvoie au travail en train de se faire et aux usages sociaux. Il y a un aspect combinatoire des connaissances et savoir-faire etc. ce qui sous-entend une stratégie donc une initiative du salarié. La compétence n'est pas observable directement : « Lorsqu'un individu accomplit correctement une action, alors on infère qu'il possède la compétence pour ce genre d'action ». (Rey B, 2009, p.103).

De plus, la compétence est étroitement liée aux situations : « contrairement au métier et aux classifications, elle n'est ni universelle, ni reconnue au sein d'une branche professionnelle, elle est locale et des doutes pèsent sur sa transférabilité » (Piotet, 2009, p.135).

Si la compétence ne peut être validée qu'en situation de travail, la valeur du diplôme est alors interrogée. Or cette manière particulière que le salarié a d'effectuer son travail fait appel à des connaissances qui ne se construisent pas seulement dans les situations de travail. Comment comprendre alors que si le salarié part de l'entreprise, il perdrait du même coup sa compétence ? Il y a là remise en cause de l'échelle des qualifications et des salaires.

Dès 1999, en contrepoint, Zarifian (2009, p.159) propose une définition de la compétence en trois points qu'il réactualise dix ans plus tard (nous mettons en italique les ajouts de 2009) :

1. La compétence est une prise d'initiative et de responsabilité *avec succès* de l'individu sur les situations professionnelles, *de service, en partie événementielles* auxquelles il est confronté.
2. Elle est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité.
3. Elle est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente.

1.3.1.2 La construction de l'identité professionnelle

Toute formation initiale contribue à la construction d'une identité professionnelle, c'est-à-dire à un esprit de corps, une culture commune, une façon de parler et de se comporter,

d'appréhender les situations de travail. Les transformations identitaires produites par la formation ne sont pas seulement un effet mais elles en sont la véritable visée (Barbier, 1996, p. 21). Ces transformations s'opèrent dans un espace de formation envisagé comme un espace protégé « où [l'apprenant] peut se permettre d'emprunter, d'essayer d'autres manières de voir le monde et d'agir, d'en expérimenter provisoirement les conséquences sur autrui (les acteurs avec lesquels il interagit au sein de l'espace de formation), sans que cela porte à conséquences dans sa vie réelle. » (Bourgeois, 1996, p.33-35). Bourgeois critique l'engouement pour les dispositifs de formation par et dans les situations de travail. Ces dispositifs peuvent être pertinents ou non selon la finalité de la formation poursuivie. Mais surtout, ces dispositifs rendent poreuse la frontière entre espace de formation et espace de travail.

Ardouin (2008, p.26) parle d'une triangulation insécable dans le sens où la profession est en interaction avec l'identité développée et la compétence mise en œuvre. Beckers (2007) indique les objets potentiels de l'intervention des formateurs concernant la construction identitaire. Elle évoque l'action professionnelle c'est-à-dire l'acquisition de savoir-faire et de compétences, les savoirs qui éclairent cette action, les représentations et les attitudes socioprofessionnelles.

Les formations professionnelles qui préparent aux métiers de l'interaction humaine ne peuvent se donner comme seul objectif le développement des compétences professionnelles. Elles ne peuvent négliger les effets qu'elles vont produire sur l'identité des individus auxquels elles s'adressent ; bien plus encore, elles doivent planifier leurs pratiques dans le but explicite délibéré d'un apport à la construction de cette identité sous sa facette professionnelle.[...] Le travail sur les représentations, les attitudes [...] devient dès lors une composante essentielle du processus de formation dans la mesure où celles-ci risquent d'influencer largement les actes posés dans l'exercice du métier (Beckers, 2007, p.198).

Pour Wittorski (2009a, p.788), la formation permet d'élaborer une transaction identitaire entre trois modalités de l'identité :

- l'identité prescrite : prescription des compétences par l'organisation et par le dispositif de travail et où de formation ;
- une identité agie et vécue : elle relève du développement professionnel compris comme processus de transformation du sujet au fil de son activité, dans les dispositifs de formation formelle ou informelle, processus associé à une demande de reconnaissance par l'organisation ;
- l'identité reconnue attribuée : obtenue par la négociation identitaire entre les deux premières modalités.

1.3.2 La formation initiale infirmière

1.3.2.1 Une formation d'adultes

Quelques définitions

La formation d'adultes recouvre quatre acceptions essentiellement (Schwartz, 1988, p.8) :

1. Le premier sens est celui de l'éducation populaire, mouvement qui a éclos entre les deux guerres mondiales et qui procède d'un militantisme : mobiliser les classes ouvrières et leur donner les moyens d'accéder à la culture. Il s'agit plutôt d'une promotion culturelle plus que professionnelle dont le mot d'ordre est : « la culture pour tous ». Ce mouvement veut avoir un impact politique en vue de la désaliénation du peuple ;
2. Le deuxième sens est celui de la formation des publics en difficulté, thème prioritaires lors de la crise des années 70'. Le but est l'insertion sociale puis professionnelle des jeunes. La focalisation est faite sur la gestion sociale des publics en difficulté ;
3. Le troisième sens est celui de la formation professionnelle, qu'elle soit initiale ou continue. Ce mouvement touche aussi l'enseignement universitaire qui doit penser désormais en termes de professionnalisation du fait de la raréfaction des emplois et de la massification scolaire. La formation infirmière se rattache à ce sens ;
4. Le quatrième sens est celui de la gestion des ressources humaines, résolument tourné vers l'entreprise. Il s'agit de former des individus selon les besoins de l'entreprise. Le client est l'entreprise ; la personne qui se forme est le destinataire de la formation. On parle maintenant de direction des ressources humaines et non plus de direction du personnel. Par définition, une ressource doit être exploitée : cela est le signe de la réunification de la personne humaine.

Ces quatre sens privilégient des axes différents mais deux dimensions *in fine* ressortent qui sont antagonistes et néanmoins complémentaires :

- toute formation est une mise en forme, plus ou moins orthopédique, un certain type de conditionnement.

- toute formation est une aide à l'épanouissement personnel, au développement personnel, à la subjectivation.

Historiquement, la formation professionnelle s'est faite sous la responsabilité des instituteurs donc de l'éducation nationale. Petit à petit, les organisations de travail vont entrer dans le dispositif dont la responsabilité va échapper à ce ministère. Ceci est parachevé par la loi sur la formation de 1971 qui formalise la part prépondérante de l'entreprise dans le

dispositif. Selon Malglaive (2006, p.71), la formation des adultes et l'enseignement appartiennent à deux cultures antinomiques : une culture pragmatique pour la première, une culture oblatrice pour le second.

La formation des adultes selon la conception développée à partir de la loi de 1971, insiste sur les aspects professionnels ou le côté « métier ». [...] La formation des adultes s'est idéologiquement construite contre l'école, avec une forte influence de l'éducation populaire. L'école est sélective ; l'éducation populaire au contraire, se veut généreuse et utopiste, elle vise à donner à tous accès à la culture.

La formation initiale : une socialisation secondaire

La formation initiale des étudiants infirmiers, d'autant plus qu'elle intègre pour la moitié de sa durée des périodes de stage, est le lieu et le temps d'une socialisation secondaire, moment où commence à s'élaborer une identité professionnelle. Dubar (2002, p.122) souligne que la construction d'une identité professionnelle est basée sur l'incorporation de savoirs spécialisés professionnels. C'est un véritable « univers symbolique » véhiculant une conception du monde mais qui, contrairement au savoir de base de la socialisation primaire, est défini et construit en référence à un champ spécialisé d'activités. Il s'agit bien d'une construction car l'identité n'est pas « transmise » par une génération à la suivante, elle est construite par chaque génération.

Dans les années 80', de nouvelles conceptions de la socialisation, héritées de la sociologie compréhensive de Weber et de l'interactionnisme de Mead, vont amener la distinction entre socialisation primaire et secondaire. La socialisation n'appartient plus uniquement à l'enfance et au champ scolaire mais aussi, entre autres, au champ professionnel. Berger et Luckmann (1996, p.179) définissent ces processus comme :

[...] l'installation consistante et étendue d'un individu à l'intérieur du monde objectif d'une société ou d'un secteur de celui-ci. La socialisation primaire est la première socialisation que l'individu subit dans son enfance, et grâce à laquelle il devient un membre de la société. La socialisation secondaire consiste en tout processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans des nouveaux secteurs du monde objectif de sa société.

La socialisation est définie alors non seulement comme développement de l'enfant, apprentissage de la culture ou incorporation d'habitus mais aussi comme construction d'un monde vécu. La socialisation devient donc un processus de construction, déconstruction et reconstruction d'identités liées aux diverses sphères d'activités, notamment professionnelles, que chacun rencontre au cours de sa vie et dont il doit apprendre à devenir acteur (Dubar, 2002, p.10).

La construction de l'identité apparaît ainsi à la fois comme construction d'une image de soi, sentiment d'exclusion ou de participation à des groupes sociaux plus ou moins organisés, acceptation ou rejet des normes, des valeurs et des significations. Elle est à la fois imposée et inculquée à travers les attributions d'étiquette et de statuts (identité pour autrui), et acceptée et intériorisée à travers le sentiment d'appartenance (identité pour soi). Benasayag (2004, p.62) rappelle que l'identité porte en elle quelque chose de paradoxal : nous ne sommes quelqu'un que par les autres. D'abord parce que nous sommes inscrits dans l'ordre des générations ; ensuite parce ce que nous avons besoin d'être reconnus par les autres.

La construction des identités, par la transmission des conduites sociales et l'organisation des représentations mentales, est un processus à la fois cognitif, affectif et expressif. Par l'intermédiaire du langage, l'individu assimile et s'approprie les systèmes de règles, de valeurs, de signes qui lui permettent de communiquer avec ses semblables, de s'identifier ou de se différencier, de marquer son appartenance à des groupes ou d'en rejeter d'autres.

Dubar définit l'identité comme « le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent des individus et définissent les institutions » (Dubar, 2000, p.109). Selon lui, il faut donc essayer de comprendre les identités et leurs déchirures comme les produits d'une tension ou d'une contradiction interne au monde social lui-même et non d'abord comme des résultats du fonctionnement psychique et de ses refoulements inconscients. L'identité est une notion qui exprime la résultante des interactions complexes entre l'individu, les autres et la société. Elle s'échafaude comme une construction représentative de soi dans son rapport à l'autre et à la société. L'identité est ainsi la conscience sociale que l'individu a de lui-même. La notion d'identité aide à penser les relations entre les catégories sociales légitimes (statuts sociaux et professionnels) et les représentations que se font les individus de leurs positions sociales. Associée à la notion de socialisation, elle s'efforce de saisir les trajectoires sociales dans leur double dimension objective et subjective, dans leurs transformations successives et dans leur multidimensionnalité.

L'identité professionnelle apparaît avec l'avènement de la société industrielle et de la place centrale que prend le travail dans notre société salariale comme l'a étudiée Castel (1995). Le travail reste un des moyens puissants d'inscription sociale et le domaine professionnel permet la socialisation secondaire, « intériorisation de "sous-mondes" institutionnels ou basés sur des institutions » (Berger et Luckmann, 1996, p.189).

Sainsaulieu R (1988), le premier, a utilisé la notion pour étudier les conduites ouvrières.

Le concept recouvre ce champ des rapports humains où le sujet s'efforce d'opérer une synthèse entre les forces internes et les forces externes de son action, entre ce qu'il est pour lui et ce qu'il est pour les autres. S'il y a identité personnelle, c'est qu'il y a reconnaissance par les autres, non obligatoirement accordée, inscrite dans un jeu de forces sociales.

Il inscrit l'identité dans un rapport de pouvoirs et dans le registre affectif. Il définit l'identité professionnelle comme la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes ; l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes. Il distingue quatre types d'identité au travail que nous ne faisons que citer : l'identité fusionnelle, l'identité de retrait, l'identité de négociation et l'identité affinitaire.

Sainsaulieu R. (1988, p.322) souligne l'importance du conflit dans l'accès à l'identité. Le conflit dans la vie de groupe est en quelque sorte la porte d'accès à la différence de soi par rapport aux autres. « Le conflit est ainsi au cœur même des processus de la reconnaissance de soi, car c'est dans les perspectives de la lutte que le sujet trouve à affirmer sa différence, tant sur le plan des idées que sur celui des identifications affectives. ».

Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi (Dubar, 2000, p.95). De même, l'identité personnelle, le Soi, ne se réduit pas à l'identité au travail. Il y a donc les identifications attribuées par les autres (identités pour autrui) et les identifications revendiquées par soi-même (identités pour soi). Il existe un mouvement dans le temps d'une forme identitaire à l'autre. De plus, chacun possède de multiples appartenances qui peuvent changer au cours de sa vie.

Dans les formes sociétaires, les formes d'identification aux divers groupes, entre autres professionnels, sont conditionnées par l'identité personnelle : elles sont considérées comme des résultantes de choix personnels et non comme des assignations héritées. Nous assistons à une mutation de la configuration des formes identitaires dans le champ du travail et des relations professionnelles. Il y a passage des formes communautaires aux formes sociétaires auxquelles il ne faut pas enlever leur dimension sociale, à côté de leur sens économique.

Ensuite, les identités antérieures comme celle de métier, de classe sont dévalorisées, non reconnues.

Tous les « nous » antérieurs, marqués par le « communautaire » et qui avaient permis des identifications collectives, des modes de socialisation du « je » par intégration définitive à ces collectifs sont suspects, dévalués, déstructurés. Le dernier cri du modèle de la

compétence suppose un individu rationnel et autonome qui gère ses formations et ses périodes de travail selon une logique entrepreneuriale de « maximisation de soi ». (Dubar, 2000, p.127)

Pour Dubar, il existe un mouvement dans le temps d'une forme identitaire à l'autre. De plus, chacun possède de multiples appartenances qui peuvent changer au cours de sa vie. Dans les formes sociétares, les formes d'identification aux divers groupes, dont le groupe professionnel, sont conditionnées par l'identité personnelle : elles sont considérées comme des résultantes de choix personnels et non comme des assignations héritées.

Mais la crise ne serait-elle pas la condition *sine qua non* à toute construction identitaire ?

La socialisation peut être définie comme l'installation consistante et étendue d'un individu à l'intérieur du monde objectif d'une société ou d'un secteur de celle-ci. La socialisation secondaire consiste en tout processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans des nouveaux secteurs du monde objectif de sa société (Berger et Luckmann, 1996, p.179).

Dubar différencie deux processus de construction identitaire : un processus identitaire relationnel et un processus identitaire biographique (2005, p. 144 et *sqq.*).

La construction de l'identité sociale puis de l'identité professionnelle procède de la transaction entre ces deux processus. Le premier concerne l'attribution de l'identité par les institutions et les agents en interaction avec l'individu. Le second est l'incorporation de l'identité par les individus eux-mêmes qui ne peut donc s'analyser en dehors des trajectoires sociales par et dans lesquelles les individus se construisent des identités. Elles se situent à l'interaction des processus biographiques de construction de soi et des processus relationnels et institutionnels de reconnaissance par autrui. Elles articulent deux dimensions hétérogènes qui peuvent être visualisées comme orthogonales. Sur un axe temporel : la structuration des discours biographiques. Sur un axe spatial : les jugements émis sur les configurations relationnelles. Mais les deux processus ne coïncident pas toujours et il s'agit pour la personne de réduire l'écart existant.

La dimension biographique, historique et donc diachronique, de la construction identitaire fait référence au contexte socio-historique, au rôle fondamental de la trajectoire sociale antérieure de l'individu et aux projets qu'il formule. Car la construction des identités s'alimente des parcours sociaux incorporés dans les agents, de la position que ceux-ci occupent dans la structure sociale et des projets qui peuvent être socialement formulés à tout moment (Dubar, 2000, p.112).

1.3.2.2 Historique de la formation

Des écoles de gardes-malades aux IFSI

À quand faire remonter la formation ? Dans son acception moderne, aux années 1880. Réglementairement, en 1902 avec la circulaire Combes. Plus loin si on tient compte des cours d'hygiène et de diététique donnés par Saint Vincent de Paul aux Filles de la Charité, ordre qu'il avait créé en 1634 pour s'occuper des indigents dans les hospices.

Nous nous limiterons à la formation initiale et non à la formation des spécialités dont la première fut celle d'infirmière puéricultrice en 1947, la France connaissant alors une mortalité infantile élevée à 18‰.

Après l'ouverture de l'École de l'hôpital Saint-Thomas à Londres par Florence Nightingale, la France connaît l'ouverture d'écoles professionnelles, la plupart privées. Il faut souligner l'influence de Désiré Magloire Bourneville, républicain et anticlérical, qui fut un des inspirateurs de la circulaire Combes. Dans des hôpitaux psychiatriques appartenant à l'Assistance Publique de Paris, La Salpêtrière et Bicêtre, il ouvre deux écoles en avril et mai 1878. En 1884, Anna Hamilton crée l'école gratuite des gardes-malades de la Maison Protestante de Bordeaux (Bagatelle), recrutant des femmes instruites, d'un niveau social élevé. La durée des études est de deux ans sanctionnée par un diplôme d'école. La formation est théorique et pratique. Les élèves portent l'uniforme blanc, robe, tablier et coiffe amidonnée.

Ce sont dans tous les cas des écoles rattachées à un hôpital ; leur nom (école des gardes-malades) porte sur la personne que l'on forme, non sur ce qu'elle apprend, ni sur la fonction à exercer. L'idée est que l'hôpital est à la fois le support de l'enseignement et le foyer des élèves, soumises à une discipline collective et à un régime d'internat strict.

Avec l'école et son internat, l'hôpital est le lieu privilégié de l'apprentissage du rôle attendu des infirmières. Cette homogénéité de lieu et de temps conditionne la future infirmière à s'ajuster au rôle social très précis que lui assignent l'école et l'institution soignante. Privée d'influences variées venant de la connaissance des différents milieux de vie et de façons de vivre, sa vision du monde est extrêmement limitée. Or, c'est avec cette vision qu'on lui demande d'observer les malades et de répondre à leurs besoins. (Collière, 1982, p.78)

Toute la vie est envahie par ce rôle au point de le privilégier au détriment des autres rôles sociaux, femme, mère... Ce sont les médecins qui donnent le contenu professionnel de la pratique soignante, enseignant aux infirmières tout ce qu'ils attendent d'elles. « L'infirmière doit apprendre à servir d'abord, à ne jamais marcher devant le médecin mais à le suivre. [...] Elle doit constituer l'instrument parfait qui a pour fonction principale de se

tenir à portée de la main du médecin. » Les médecins se félicitaient : « Les infirmières sont une véritable bénédiction pour les docteurs sollicités de partout ; ils ont enfin à leur disposition une main d'œuvre médicale qui ne s'intéresse ni à la pratique elle-même, ni aux idées de la médecine et qui semble n'avoir dans la vie privée qu'une seule vocation : servir. »

Face aux initiatives privées, des écoles publiques vont ouvrir dans différentes régions. La circulaire Combes du 28 octobre 1902 donne obligation aux communes d'ouvrir des écoles pour la formation des personnels. C'est ainsi que l'École des Gardes Malades de l'Hôpital du Tondu de Bordeaux fut la première école laïque et communale de France à être créée, sous l'impulsion de Paul Louis Lande. Appartenant aujourd'hui au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, dénommée IFSI Pellegrin depuis 1992, elle a fêté en octobre 2004 son centenaire. Cette circulaire est importante car elle définit pour la première fois la conception officielle de la carrière d'infirmière. La durée des études et la formation sont les mêmes que dans les écoles privées mais les nouvelles diplômées doivent sept ans de travail aux hôpitaux. Le règlement intérieur est draconien.

En 1992, les écoles d'infirmières deviennent des Instituts de Formation en Soins Infirmiers. Il y a quinze IFSI en Aquitaine ; 326 en France dont une soixantaine privés non lucratifs. Les IFSI sont tous rattachés à un hôpital : ce sont des viviers de recrutement et le directeur de l'hôpital perçoit une prime pour ce rattachement.

La décentralisation des instituts de formation a été actée en juillet 2005. L'autorisation des formations infirmières est délivrée par le Conseil Régional pour cinq ans après avis du préfet de Région. Les critères retenus sont la qualification du directeur, l'adéquation de l'équipe pédagogique, l'existence d'un projet pédagogique conforme, l'articulation entre cours théoriques et stages, l'adaptation des locaux, des matériels techniques et pédagogiques au nombre d'étudiants (Dekusshe, 2006, p.9).

Les programmes

En 1920, il y a nécessité d'une formation pour amener à une reconnaissance officielle. La formation dure deux ans. À partir d'un programme type, chaque école peut être accréditée à partir d'un programme spécifique. L'État organise les examens officiels, aidé en cela par le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières créées en 1923. Les stages s'effectuent tous les matins, les cours l'après-midi : il y a 40 heures de stage par semaine, quatre heures environ de cours. D'emblée c'est une formation professionnelle par alternance : immerger l'élève dans la pratique. Cette conception de l'alternance a déjà été pratiquée par Bourneville.

En 1951, la formation comprend toujours deux années d'études. L'infirmière n'a aucune zone d'autonomie si ce n'est de recourir au médecin. Les actes infirmiers sont surtout techniques, valorisants. En 1961, le programme est plus détaillé. Il fait apparaître une certaine zone d'autonomie : la formation pratique doit leur permettre de participer et de décider certains gestes d'urgence en attendant le médecin.

Dès 1967, on assiste à un questionnement de la formation initiale que l'on veut plus centrée sur la personne malade et plus en adéquation avec les autres pays européens. Un nouveau programme est établi en 1972, dans le sillon de la réforme hospitalière de décembre 1970 : il vise à l'harmonisation européenne de la durée des études (28 mois), à la formation d'éducateurs de santé. Sa conception globale est avant tout centrée sur la santé et la personne humaine et non exclusivement sur la maladie. Il prévoyait des stages hospitaliers mais aussi extrahospitaliers, la santé publique prenait plus nettement de place. Ce programme constitue une rupture fondamentale avec le passé : rupture avec les formations préparées, guidées, orientées par les médecins depuis 1923 et basées essentiellement sur une discipline : la médecine. Il inaugure le plan de soins, permettant ainsi de dépasser les « soins en série » qui demeuraient jusqu'à ce jour la base essentielle de l'organisation du travail infirmier. Ce nouveau programme comportait une triple réforme :

- dans sa durée : 4080h sur trois ans,
- dans les contenus abordés : centrés sur les personnes atteintes d'affections et s'enrichissant des apports des sciences humaines,
- dans son organisation : périodes d'enseignements théoriques, de temps de stages et de temps personnels.

Le programme de 1979 sera le début de la mise en conformité effective de la formation avec l'Accord européen en résolvant le dilemme des deux formations infirmières : les soins généraux et la psychiatrie. Poursuivant le processus inauguré par le plan de soins en 1972, il instaure la démarche de soins : recueillir des données auprès du patient, analyser la situation de soins, fixer des objectifs et des délais pour les atteindre, les réaliser et évaluer s'ils ont bien été atteints. Il énonce clairement le rôle propre, autonome, de l'infirmière, en conformité avec la loi de juillet 1978.

En 1992, il est donc instauré un diplôme unique pour la formation infirmière, comme dans toute l'Europe. Il annonce clairement la polyvalence à laquelle les étudiants en soins infirmiers doivent aboutir. La formation, du moins, ne fait plus la distinction entre le somatique et le psychique, entre la technique et la relation. Elle passe à trente-six mois pour tenir compte des apports indispensables à donner en santé mentale et pour répondre aux

directives européennes. Un des objectifs de ce programme est de « favoriser l'émergence d'un nouvel infirmier capable d'affirmer sa professionnalisation », infirmier reconnu par ses pairs et la société et entrant ainsi dans le groupe professionnel.

Ce programme suscita de nombreuses réactions parfois vives : les infirmiers de secteur psychiatrique dénonçant les lacunes dans les connaissances spécifiques à la psychiatrie, les autres, dits de soins généraux, craignant de « perdre » au niveau des connaissances et du savoir-faire. Le programme unique fait cesser ces appellations mais leur usage persiste néanmoins. Il est à souligner qu'historiquement, les premiers étaient recrutés parmi les hommes, les deuxièmes parmi les femmes.

Ce texte en outre atteste pour la première fois la terminologie « étudiant » et non plus « élève » et transforme les écoles d'infirmières en Centre de Soins Infirmiers puis, quelques mois plus tard, en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Ce terme est toujours en vigueur aujourd'hui, au contraire de tous les autres instituts de formation aux professions paramédicales, par exemple Institut de Formation des Masseurs Kinésithérapeutes, Institut de Formation des Aides-Soignants etc. Il n'apparaît plus dans ce sigle la personne qui a fait le choix de cette formation.

Cette formation amène les étudiants à la polyvalence. Ils sont préparés à l'application des soins infirmiers hospitaliers ou à domicile, de santé publique ou de santé mentale. Le diplôme leur permet de travailler dans tous les autres pays de l'Union Européenne, sans autre condition que de faire la preuve qu'ils peuvent s'exprimer dans la langue du pays où ils choisissent de s'installer. Les changements importants portent sur la même acquisition de base en santé mentale pour tous, sur l'importance accordée désormais au champ de la santé publique, aux soins infirmiers pour les personnes âgées et sur la capacité d'adaptation aux situations nouvelles à acquérir, et sur le suivi de l'étudiant tout au long de son cursus.

Certains apportent des critiques à ce nouveau programme. La polyvalence ne rend certes pas aptes tous les étudiants à exercer avec « expertise » les soins infirmiers en santé mentale, médecine interne, chirurgie, réanimation, etc. Mais la formation professionnelle continue peut être le moyen de pallier cela (Magnon, 2001, p.114).

Un bilan effectué en 1997 a répertorié les points faibles de ce programme : essentiellement l'enseignement pratique. En effet, bien qu'offrant une culture générale professionnelle plus étendue, une meilleure préparation à la relation soignant-soigné, il comporte moins d'heures de stages que dans le programme de 1979 et ne répond pas aux directives européennes. De plus, la nature des stages s'est modifiée : les étudiants font des stages dans des structures de santé publique par exemple où les gestes techniques sont rares

voire inexistant, alors que l'épreuve du diplôme se déroule essentiellement dans des services hospitaliers. L'arrêté de septembre 2001 a tenté de faire disparaître ces points faibles : le volume horaire des stages représente désormais la moitié des 4760 heures de la formation. Mais cette augmentation n'a été possible qu'en diminuant les heures du suivi pédagogique ; elle s'est donc effectuée au détriment de l'acquisition par l'étudiant d'une posture réflexive.

L'histoire de la profession est sous-tendue par la dichotomie qui s'est instaurée assez rapidement entre la part dévolue aux femmes et celle dévolue aux hommes, recouvrant, illustrant ainsi la division sexuelle des tâches et plus tard du travail. Cette ligne de séparation, ce clivage persiste de nos jours. Il se retrouve ou se devine non seulement entre infirmiers et médecins, mais encore, avec une intensité moindre, entre les infirmiers travaillant en secteur psychiatrique et ceux travaillant en hôpital général.

Ce programme a été présenté comme donnant accès à un diplôme ayant valeur européenne. Dans les faits, très peu d'infirmiers français ont saisi cette opportunité et travaillent dans un des pays de la Communauté Européenne. Il n'est de toute façon fait aucune place dans le programme d'études à l'approche des différents systèmes de santé ou à l'apprentissage des langues. Ceci restreint considérablement les possibilités de choix d'exercice.

Pendant la période de 17 années qui s'est écoulée jusqu'en 2009, le contexte sociopolitique et donc professionnel s'est transformé. Nous nous allons voir que le programme de 2009 est le fruit de deux bouleversements importants : la mise en conformité des formations des formations de santé avec le processus LMD, et l'émergence d'un paradigme socio constructiviste dans l'apprentissage, par l'approche par compétences.

1.3.2.3 Le référentiel de formation de 2009 : « la professionnalisation d'un parcours »

L'universitarisation de la formation

Historiquement, la réflexion sur le projet d'une formation universitaire pour les infirmiers a été initiée depuis la fin des années 70. Il était alors question d'une première année commune à tous les futurs professionnels de la santé. Ce référentiel s'inscrit dans le processus d'universitarisation des formations professionnelles, en cohérence avec le processus de Bologne. La France a signé les accords de Bologne en 1999 et dès 2004, elle projette d'appliquer la démarche LMD aux formations du secteur de la santé.

Les accords de Bologne ont comme visée l'harmonisation des dispositifs européens de l'enseignement supérieur. Ce qui a amené certains auteurs, comme Ozga (2012), à parler de «

construction de l'Europe par l'éducation et la formation ». Lors de la rencontre à la Sorbonne en 1998 réunissant les ministres de l'éducation de quatre pays européens (Allemagne, France, Italie et Royaume-Uni), le ministre français Claude Allègre propose d'harmoniser l'architecture du système européen d'enseignement supérieur. Au fil des sommets européens (Prague en 2001, Berlin en 2003, Bergen en 2005, Londres en 2007 et Louvain en 2009), le pilotage de ce projet est passé d'une structure coopérative intergouvernementale à la commission européenne (Croché, 2009, p.25). Devant la difficulté de son application, comme la dysharmonie des cycles d'études ou l'application parcellaire des ECTS, la mise en œuvre des recommandations du processus de Bologne a été prolongée jusqu'en 2020 (Charlier et Croché, 2009, p.6-7).

Soutenu par certains pays qui y voyaient une réponse efficace à la mondialisation (et ainsi une meilleure place au classement de Shanghai, classement mondial des universités), le processus de Bologne est associé à deux effets distincts (Charlier et Croché, 2009, p.9) : d'une part, la modification du niveau institutionnel des décisions qui, de national, devient européen ; d'autre part, les adaptations des systèmes nationaux d'enseignement supérieur pour leur mise en conformité avec le but du dit processus. Ces aménagements peuvent avoir comme conséquence une reconfiguration de la carte universitaire, voire la fermeture de certaines universités locales. Associée, en tout cas en ce qui concerne la France, à une politique d'autonomisation financière des universités, la mise en œuvre de l'universitarisation des formations des professions de santé peut amener les universités dans une situation concurrentielle, même si les IFSI sont préférentiellement rattachés aux facultés de médecine.

Un autre acteur de cette universitarisation est la Région qui depuis la loi de 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, a la charge de la gestion et du financement des formations sanitaires. Le Conseil Régional élabore un schéma régional des formations sanitaires et sociales, définit une politique de réponse aux besoins de formation englobant les champs de l'éducation et de la formation de sa compétence (enseignement supérieur, enseignement secondaire, formation professionnelle initiale et continue).

Cette logique de l'universitarisation peut être appréhendée selon trois plans (Schweyer, 2008, p.120). Sur un plan institutionnel, il n'y a pas inclusion de la formation professionnelle infirmière dans l'université. Plus qu'une universitarisation, il s'agit plutôt d'un partenariat voire d'une cohabitation : certains formateurs sont habilités à prodiguer des cours ayant des diplômes universitaires. Sur un plan pédagogique, elle se traduit par la place éminente prise par la recherche. Sur un plan professionnel, elle répond à une attente forte de reconnaissance.

Mais des questions se posent concernant les tensions et les équilibres entre les différentes institutions. Ce sont les Conseils Régionaux qui financent les formations (salaires des formateurs, et l'immobilier) : quel retour sur investissement attendent-ils ? Les questions financières peuvent aussi être un obstacle à l'équilibre entre Conseil Régional / Hôpital / Université. D'autre part, il peut surgir une tension entre les infirmières qui dispensent les soins et celles qui pensent : « On fait souvent le constat que les infirmières ne s'autorisent que trop rarement à faire valoir leur point de vue. Les élites professionnelles peuvent être actives, et même sonores, il n'empêche que l'intériorisation d'une domination dans les relations de travail est le lot d'une majorité de professionnels (Schweyer, 2008, p.121) .

Définition de référentiel

Ce terme est employé dans de nombreux champs disciplinaires comme la physique, la linguistique, la psychologie, l'informatique... Utilisé dans le champ de l'éducation de la formation, il est lié à celui de compétence. Cros et Raisky (2010, p.106) le définissent comme un construit social qui clarifie les normes d'une activité ou d'un sens donné à des systèmes sociaux : un outil normatif auquel les individus se réfèrent pour étudier un écart, des différences. Ils rappellent la définition de Foucault : « C'est un processus normatif qui permet de différencier ». La multiréférentialité est invoquée pour approcher des situations éducatives et formatives. En fait, le référentiel ne cherche pas à correspondre *stricto sensu* à la réalité ; il sert plutôt de guide, il est censé orienter l'activité de formation. Un groupe social se sert du référentiel comme repère afin de placer, positionner un objet de son activité par rapport à d'autres, servant de référence.

Chauvigné (2010, p.81) s'interroge sur la place de la référence : le référentiel se base sur la normalisation des pratiques, ce qui se base sur la professionnalité des groupes professionnels. Pourtant, cette normalisation des pratiques est assez mal acceptée, car elle est confondue selon lui avec la standardisation.

Rey B. (2010) rappelle que le référentiel fait office de tiers, instance qui énonce les conditions et les finalités d'une formation. En cela, il formalise les missions que le pouvoir étatique donne à l'institution de formation. Il appréhende le référentiel de compétences comme ayant une fonction régulatrice qui « contribue à éviter que le fonctionnement scolaire ne bascule totalement dans l'économie de marché ».

Pour la construction du référentiel de formation, différentes étapes sont à suivre qui commencent par l'élaboration d'un référentiel d'activités : quelles sont les activités réalisées par le professionnel en situation ? Puis un référentiel de compétences nécessaires au métier est élaboré à partir de ces activités. Enfin, un référentiel de formation devrait énoncer les

compétences à développer lors de la formation. La présentation du référentiel de formation infirmier ne répond pas à ce critère.

L'approche par compétences

« La formation initiale infirmière est désormais basée sur la construction des compétences. Les situations de travail rencontrées au cours des stages seront des éléments essentiels dans le processus d'apprentissage.[...] Le nouveau référentiel donne au stage une place centrale » (Brichambault de, 2012, p.7).

Assez rapidement, le programme 1992 a montré ses limites, et un programme de formation en soins infirmiers basé sur l'approche par les compétences était discuté depuis déjà plusieurs années. Phaneuf (2004, p.3), québécoise et infirmière de référence dans la communauté professionnelle, exposait en 2004 les intérêts de ce type d'approche. Pour elle, le principal intérêt était la centration sur l'apprentissage (et non l'enseignement), sur les situations permettant de développer des connaissances intégrées à l'action. Elle mettait aussi en garde contre la dérive de reprendre la trilogie : savoir, savoir-faire et savoir-être. L'auteure soulignait que ce changement a été initié par le ministère de l'Éducation du Québec et que les formateurs « ont dû plonger dans cette réalité complexe avec beaucoup de courage, mais hélas aussi, avec peu de préparation » (*id.*, p.1).

Cette notion de savoir-être a été aussi critiquée par Sulzer (1999) : pour lui, « savoir-faire » et « savoir-être » n'appartiennent pas au même registre, le deuxième terme relevant du sens commun et non scientifique. Dans la littérature professionnelle, ce terme est chargé idéologiquement : il fait référence à un large champ de pratique qui va de l'attitude, la manière de réaliser des soins jusqu'à la réalisation de certains soins infirmiers comme la relation d'aide.

En 2006, un projet pilote, Leonardo da Vinci, Référentiel européen de compétences en soins infirmiers coordonné par la Haute École de Namur (HENAM) avec le soutien de la Commission Européenne, s'était penché sur l'harmonisation des formations et sur la création d'un référentiel européen de compétences en soins infirmiers (CRESI). Ce projet produit en partenariat entre cinq pays, Belgique, France, Lituanie, Pologne et Portugal, avait comme but de clarifier les différentes compétences à acquérir en fin de formation par les étudiants infirmiers ; de rendre plus transparente la formation et de favoriser les échanges intra européens. Ce projet Leonardo da Vinci a abouti à un document collectant pour les cinq pays concernés la conception des soins, les compétences professionnelles à acquérir pendant la

formation. Il recense le socle des quatre compétences communes et les compétences spécifiques aux différents pays.

Il est à noter que les participants du Portugal et de la Belgique énoncent dans la compétence six « manager : coordonner des activités et des soins, délégué et superviser des prestations, former des pairs et gérer des ressources matérielles. » La déclinaison de cette compétence fait référence aux étudiants infirmiers dans l'accueil et « l'implication des professionnels dans la formation des apprenants ». Un seul pays, la Belgique, fait apparaître dans son référentiel de compétences la démarche scientifique : « utiliser une démarche scientifique : être acteur de changement par l'utilisation d'une démarche scientifique de questionnement, de recherche et d'analyse critique ». La formation infirmière à l'HENAM est une formation universitaire.

Depuis plusieurs années, le Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIIEF) recommande et œuvre pour la formalisation d'une formation universitaire pour les infirmières d'ici 2020, couvrant les trois cycles d'études en sciences infirmières (SIDIIEF, 2012, p.3). Dans son rapport de 2011, il note dans les pays francophones une certaine homogénéité quant à la durée de la formation (elle se situe entre trois et quatre ans) mais une disparité dans les critères d'admission et une insuffisance de renseignements sur le contenu de la formation (SIDIIEF, 2001, p.10). Son étude recense sept pays à s'être engagés de manière plus ou moins complète dans l'universitarisation : la Belgique, le Canada, la France, le Liban, la Roumanie, la Suisse et la Tunisie.

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier (Annexe 1, p.321) stipule que « Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoir et savoir-faire, attitudes et comportements ». Professionnalisation d'un parcours, peut-être en référence à la métaphore maritime de Le Boterf, d'un espace de navigation entre les situations de formation et de travail simulé à l'IFSI, et des situations de travail professionnalisantes, pendant les stages dans les services de soins.

Après recension des activités de l'infirmier, le référentiel de 2009 (Annexe 2, p.340) décline dix (réminiscence du passé religieux de la profession ?) compétences:

1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Ce sont des compétences formulées dans une perspective clairement opérationnelle. En même temps, leur type d'énonciation laisse toute latitude à l'infirmière pour inventer son comportement professionnel.

Le premier diplôme d'État de ce nouveau programme a été décerné en juillet 2012. Une évaluation sera faite selon des modalités (échantillon, procédure de recueil des informations) qui ne sont pas encore connues. Cependant, dès juillet 2011, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a demandé un état des lieux concernant l'organisation des stages essentiellement et des propositions d'amélioration (Hentgen, 2011). Il en ressort comme points saillants : la confusion dans les termes utilisés : entre compétences, activités, actes, techniques de soins, analyse de situation, analyse de pratiques... ; la segmentation de l'activité infirmières a une série d'items qui ne rendent pas compte de la complexité du travail infirmiers. Ces items sont parfois trop globalisants. L'utilisation du portfolio est parfois difficile pour les professionnels de terrain.

Sur le même sujet, le CEFIEC de la région Aquitaine, en janvier 2012, est arrivé aux mêmes conclusions. Un point positif est la durée plus longue des stages : entre cinq et 10 semaines. Par contre, l'utilisation du portfolio est trop lourde ; le tutorat des professionnels de terrain n'est pas valorisé.

Une étude effectuée en février et mars 2010, mettait en lumière le jugement de l'adaptation du référentiel à la fois la formation et à la profession infirmière (Bouveret, 2012, p.99). Cette enquête par questionnaire auprès de 276 formateurs de la région Rhône-Alpes a recueilli les réponses de 105 formateurs soit 38 % de la population totale. L'approche par compétences est jugée pertinente car elle favorise la transformation des savoirs en agir compétent. La question sur les limites du programme est peu renseignée (59 % des réponses) ; une limite évoquée est celle de l'insuffisance de diversité des stages, plus longs mais moins nombreux. Les auteurs analysent cette donnée comme provenant d'une difficulté de perception de l'approche par compétences : « [Les formateurs pensent que] le développement des compétences serait en lien avec la diversité des lieux alors qu'il est essentiellement en lien avec le contexte de la situation ». Cette approche est néanmoins perçue comme un facteur

d'amélioration ; les apprentissages à développer sont en lien avec la pratique réflexive et la conception de situations emblématiques.

Un changement de paradigme

Ce référentiel entraîne en effet un changement de paradigme : les programmes étaient jusqu'à celui de 1992 pensés, conceptualisés et mis en œuvre essentiellement selon un paradigme comportementaliste. Mais dans le domaine de la formation, le référentiel cherche à se rapprocher du réel. Avec et après la nomenclature des métiers, il doit en effet aider à la mobilité dans les anciens et nouveaux métiers et à la validation des activités des personnes (VAE et VAP), dans le cadre de la formation tout au long de la vie.

Cette logique de la compétence s'est substituée à la logique alors dominante de la pédagogie par objectif (PPO), comportementaliste et en cohérence avec la conception taylorienne du travail. Cela a parfois amené à des dérives où une séquence de formation commençait par une liste conséquente d'objectifs globaux, séquentiels, opérationnels, spécifiques... Le sens de la séquence restait flou pour les étudiants, les intentions pédagogiques également, cachées même aux yeux des formateurs derrière ces comportements attendus, devant être observés et évalués.

Changement de paradigme, mais lequel ? L'approche par compétences peut véhiculer des paradigmes épistémologiques différents quant à la construction des savoirs (Parent, 2008, p.111-112). Le passage à un paradigme constructiviste est progressif et effectif dans certains lieux, mais les approches transmissive et comportementaliste sont encore très prégnantes dans le domaine de la formation en santé. Pour Chauvigné et Coulet (2010, p.16-17), l'approche par compétences se situe dans le courant cognitiviste : elle cible le traitement de l'information qu'opère le sujet dans la conduite de son activité. En effet, dans un contexte mouvant de la forme et de l'organisation du travail, il est demandé à l'individu de prendre des initiatives, de s'adapter, voire de changer de métier au cours de sa carrière. L'apprentissage de comportements types ne répond plus à cette demande.

Critiques de l'approche par compétences

L'approche par compétences (APC) a subi des critiques touchant la finalité de sa conception, de sa fonctionnalité. Ségal (2006, p.100) s'interroge sur l'occultation du savoir-être, appuyant son argumentation sur des exemples pris dans le milieu de l'industrie. Elle voit dans le modèle de la compétence une nouvelle forme de rationalisation : de la rationalisation du conflit avec Taylor à la rationalisation du consensus. Cette transformation s'est faite sous l'impulsion de la rationalisation de la subjectivité, c'est-à-dire « une prescription des attitudes adoptées dans des situations précises ». Elle situe clairement le « savoir-être » du côté des

compétences collectives, dépendant donc par exemple d'une organisation du travail, de la structure de la société ou entreprise ou institution.

Crahay (2006a) reproche à cette logique de la compétence de ne pas être étayée par des théories fiables et solides. Il la qualifie d'« illusion simplificatrice », de *doxa* :

Dit de façon plus directe, la notion de compétence fait figure de caverne d'Ali Baba conceptuelle dans laquelle il est possible de rencontrer juxtaposés tous les courants théoriques de la psychologie, quand bien même ceux-ci sont en fait opposés. [...] Bien plus, nous craignons que [la notion de compétence] précipite le monde pédagogique dans une vision simplificatrice dont il risque d'être difficile de le sortir. (Crahay, 2006a, p.101)

En plus de son statut scientifique ambigu, cet auteur critique l'usage de la situation d'apprentissage, souvent assimilée par erreur avec celle d'évaluation. Contre l'idée de situation inédite, surtout dans le cas de situation d'évaluation, il expose l'intérêt de travailler sur des situations connues, fréquentes : il faut de la routine.

Toujours dans le domaine de l'éducation, Hirtt (2009, p.12) présente une critique plus radicale : l'APC relève d'une négation du savoir ; ce qui compte, c'est de finaliser l'action. Et l'erreur, le tâtonnement ne sont plus permis. De plus, certains savoirs seraient inutiles, superflus car n'étant pas reliés à une compétence. Il critique enfin que le cadre conceptuel soit commun à l'entreprise et au milieu de l'enseignement.

Cette critique est reprise par Vanhulle *et al.* (2010, p.66) : ce n'est pas tant d'avoir un seul référentiel pour les formateurs de la formation initiale et les employeurs, mais plutôt l'usage qui en serait fait, différent par les deux parties. Pour les premiers, le référentiel de compétences est pris dans une logique formative, c'est un outil d'évaluation dans un processus de construction des compétences. Pour les seconds, le référentiel pourrait être utilisé comme outil de sélection dès la formation initiale, dans une logique productive. Nous pourrions schématiser l'approche de la professionnalisation par ce nouveau programme selon deux axes :

1. la professionnalisation des savoirs par l'inscription du cursus dans le système LMD et le partenariat avec l'université.
2. la professionnalisation des activités dans la mise en œuvre d'une méthode d'apprentissage par l'approche par les compétences.

1.3.3 Les étudiants : de jeunes adultes en formation

1.3.3.1 Les jeunes

Pour Bourdieu (1984, p.145), on ne peut parler de « jeunes » comme d'une catégorie sociale uniforme :

La jeunesse n'est qu'un mot [...] L'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable ; le fait de parler des jeunes comme d'une unité sociale, d'un groupe

constitué, doté d'intérêts communs, et de rapporter ces intérêts à un âge défini biologiquement, constitue déjà une manipulation évidente.

Néanmoins, nous devons approcher ces étudiants, jeunes ou moins jeunes, bacheliers ou non, et les valeurs qui les mobilisent. Pour cela, nous nous appuyerons sur les études menées par Galland. Celui-ci définit les jeunes comme la classe d'âge de 18 à 29 ans, et non plus 18-24 ans comme c'était le cas auparavant. Il montre que l'image qu'a une société de sa jeunesse « a quelque chose à voir avec la réalité sociale » du moment. Il a repéré dans l'évolution des différentes manières de se représenter la jeunesse quatre étapes (Galland, 1997, p.57):

- la jeunesse comme rapport de filiation : l'Ancien Régime se représente les jeunes d'abord comme des fils en attente de succession.
- la jeunesse comme rapport éducatif : le Siècle des Lumières fait emporter le mérite (par l'instruction) sur le sang.
- la jeunesse comme rapport de générations : le XIX^e siècle voit d'abord tout d'abord naître le romantisme (non-conformisme envers l'étroitesse de la vie bourgeoise des pères) puis une culture rationaliste et scientifique (conformisme bourgeois renforcé par l'école). Les relations père-fils passent du conflit à un certain apaisement.
- la jeunesse comme processus : le XX^e siècle va d'abord considérer la jeunesse comme un processus de maturation psychologique (un moment de désadaptation fonctionnelle) puis comme un processus de socialisation (influence des conditions sociales).

Par rapport à la valeur travail, Galland (1997, p.53) rapporte que Rousselet, dans son ouvrage de 1974, *L'allergie au travail*, défend la thèse que les jeunes « adopteraient une position "instrumentale" à l'égard du travail n'attachant pas d'importance au contenu même des tâches et n'envisageant l'activité salariée que comme une nécessité purement économique. » Depuis, cette thèse est contestée par de nombreux travaux : la majorité des jeunes accordent une valeur centrale au travail et cette proportion demeure à peu près stable depuis une vingtaine d'années (Galland et Roudet, 2001, p.17). L'importance du travail a crû pour tout le monde mais moins rapidement pour les jeunes que pour tous les autres français. Il y a une réorientation de leurs attentes vis-à-vis du travail : une conception plus matérialiste de l'activité professionnelle (salaires, horaires, sécurité de l'emploi) plutôt qu'une conception centrée sur la réalisation de soi (intérêt, responsabilité, sentiment de réussite) (Galland et Roudet, 2001, p.33).

Cependant, ce constat doit être nuancé en notant qu'il est probable que l'évolution de la situation des jeunes – le fait par exemple qu'ils débutent de plus en plus souvent leur vie

professionnelle par des emplois instables – explique cette évolution plus qu’une réorientation en profondeur des attitudes à l’égard du travail. Si les jeunes s’accordent sur l’importance centrale du travail dans la société et donc dans leur vie, ils ne le conçoivent pas toujours comme le domaine exclusif de réalisation personnelle et ils sont moins sensibles que les adultes subjectifs de sa privation (Galland et Roudet, 2001, p.37).

Les rites de passage perdent de leur force symbolique et de leur pouvoir de scansion du fait d’une part de la perte de prestige du mâle adulte et de l’affaiblissement de l’âge comme catégorie hiérarchique de classement ; et d’autre part, par une massification, une uniformisation (par l’école) et un allongement des modes d’accès à l’âge adulte.

La déritualisation du passage à l’âge adulte, c’est donc aussi, et peut-être surtout, cette extension de la phase d’exploration des possibles, sur le plan professionnel, comme sur le plan matrimonial, au-delà des seuils –le départ de l’école et de la famille- qui en marquaient autrefois la fin presque définitive (Galland, 1997, p.84).

Il existe alors un nouveau modèle de socialisation. On passe d’un modèle de l’identification à celui de l’expérimentation (la définition de soi se construit plus qu’elle n’est héritée, avec des essais/erreurs), d’une norme de précocité à celle de retardement (cohabitation prolongée parents/enfants) et d’un modèle de choix à celui de la prolongation subie de la jeunesse (due aux difficultés d’insertion professionnelle) (Galland et Roudet, 2001, p.159).

La jeunesse est-elle alors individualiste ? S’agit-il d’une génération qui a perdu tout sens d’une intégration à un cadre social plus large que la sphère privée, d’une intégration finalement à la société ? Les auteurs pensent le contraire et avancent deux raisons (Galland et Roudet, 2001, p.207). La première est que la tendance à la privatisation, à l’importance grandissante de la sphère privée dans la définition de la vie, de ses normes et de ses objectifs, est tempérée par un humanisme probablement issu de la culture chrétienne qui évite qu’elle se dévoie en pur individualisme. La seconde tient au fait que la plupart des jeunes savent bien que l’insertion ne passe pas par la seule compétition individuelle mais par l’intégration à des cadres sociaux plus larges, notamment professionnels, fondées sur des valeurs collectives et des formes de coopération. Ce sont ces valeurs d’accomplissement individuel dans un cadre collectif auxquelles les jeunes adhèrent. Les jeunes sont en quelque sorte le réceptacle idéologique des angoisses qui traversent toute société à un moment ou à un autre de son histoire (*id.* p.203).

Un nouveau vocable se retrouve aujourd’hui dans la littérature professionnelle : la génération « Y ». Certains le récuse en avançant qu’il s’agit plus d’une stigmatisation que d’une distinction d’une certaine partie de la population ; d’autres se sont penchés sur cette

génération née entre 1981 et 2000, la génération « Y » ou « génération du Net ». En effet, dans les milieux de travail, quatre générations se côtoient. Qui sont ces jeunes ? Voici comment Lavoie-Tremblay (2009, p.60-61) les décrit : Première génération dont la majorité des mères avait un emploi à l'extérieur du domicile, nés à l'époque où le contrôle des naissances était possible, ces jeunes sont désirés par leurs parents ; ils sont indépendants, curieux et rompus à la technologie. Élevés dans le multiculturalisme, ils sont tolérants et respectueux des autres cultures. Ils nourrissent une estime de soi de qualité, ils ont confiance en eux-mêmes. Certains jeunes ont des représentations sexuées des métiers : les métiers dits féminins, faisant appel à des qualités « féminines » comme la douceur, la compréhension, sont pour les femmes. Dans ces métiers se trouve celui d'infirmière (Bosse et Guégnard, 2007, p.31). Mais qu'en est-il précisément de leur rapport au travail, de leur engagement dans le travail ? Méda et Vendramin s'appuyant sur une recherche européenne menée de 2007 à 2008 dans six pays (Allemagne, Belgique, France, Hongrie, Italie et Portugal), montrent que les jeunes sont plutôt passionnés par rapport au travail et ils ont des attentes élevées en ce qui concerne leur emploi, tout en accordant une grande importance à d'autres éléments de leur vie (Méda et Vendramin, 2010, p. 10). Cette étude met en évidence plusieurs points : les plus jeunes (moins de 30 ans) accordent globalement autant d'importance au travail que les plus âgés (plus de 50 ans). Davoine, cité par ces auteurs, souligne que la dimension sociale du travail, c'est-à-dire celle qui concerne l'importance des relations humaines au travail, est plus importante pour les jeunes.

En conclusion, « les jeunes demandent davantage de protection sociale et des salaires plus élevés mais aussi plus de liberté et d'opportunité de développement personnel » (Méda et Vendramin, 2010, p. 9).

1.3.3.2 Les étudiants infirmiers

Une étude de Wenner (1999, p.45) montre dans sa partie historique, que depuis 1964, archives ministérielles à l'appui, les étudiants infirmiers globalement se recrutent plutôt dans les classes moyennes. Elle mentionne une étude faite en 1968 sur le recrutement qui en signalait l'évolution dans deux directions : l'augmentation du nombre de jeunes filles issues des milieux ouvriers, encouragée par la politique de promotion sociale et facilitée par la gratuité des études, totale en 1984, écoles publiques et privées confondues ; le refuge que devient cette profession pour les enfants des milieux privilégiés en difficulté dans leurs études secondaires. En 1984, les deux tiers des infirmières viennent des classes moyennes et supérieures, alors que les infirmiers se recrutent pour plus de la moitié dans les classes populaires. Une étude de Parrot en 1973 arrivait à la conclusion que plus on monte dans la

hiérarchie des catégories socio-professionnelles, plus l'infirmière y est dévalorisée ; dans les milieux ouvriers, la profession est perçue comme un métier à part qui ne serait pas à la portée de tout le monde.

Données statistiques

Nous avons privilégié les données statistiques portant sur les rentrées 2007 et 2009. Les étudiants de ces deux promotions représenteront l'échantillon de notre enquête. En 2007, le quota national des IFSI était de 29 263 ; en 2009, 32 623. Mais les IFSI peinent à recruter au maximum de leur quota : en 2009, l'écart moyen entre le quota national et le nombre de nouveaux entrants est de -8 %, les plus forts écarts se situant dans les régions Île-de-France, Pays-de-Loire, Picardie et Nord-Pas-de-Calais. D'autre part, les étudiants de première année ne mènent pas tous leur formation à son terme : en 2007, la déperdition entre le quota national trois ans avant et les nouveaux diplômés étaient de -28 %. L'augmentation des quotas n'a pas jugulé ce mouvement qui peut s'expliquer par une diminution de la sélectivité du concours d'entrée à l'IFSI. En résumé, les IFSI ne remplissent pas tous leurs quotas d'entrée et, à cohorte d'étudiants identiques, tous les étudiants nouveaux inscrits ne sortent pas de la formation, trois ans après, avec un diplôme d'État. En 2009, un nouveau programme associé à une logique d'universitarisation a été mis en place. Comparativement à la rentrée 2007, il y a plus d'étudiants de première année dont le père, ou par défaut la mère, est employé, cadre ou exerçant une profession supérieure ou encore artisan, commerçant, chef d'entreprise. Il y a une forte baisse des enfants d'ouvriers et, dans une moindre mesure, des enfants d'agriculteurs (Tableau 3).

CS du chef de famille	Rentrée 2007	Rentrée 2009
Agriculteurs	827	522
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2528	2959
Cadres et professions supérieures	5428	7046
Professions intermédiaires	3543	3624
Employés	6016	9681
Ouvriers	5557	2774
Jamais travaillé	471	551
Total entrée en formation	27 278*	28 278

Tableau 3 : Répartition des étudiants infirmiers selon la PCS du chef de famille

*1664 questionnaires non renseignés lors de la saisie

La population estudiantine est majoritairement féminine : à 84,9 % en 2009 (national : au 1/1/2010 : 87,4%) et à 83,2% en 2007 (national au 1/1/2008 : 87,5%). Ces pourcentages sont quasi égaux à ceux concernant les infirmières à année identique. Les hommes s'inscrivent plutôt à N+1 de l'année d'obtention du baccalauréat : en première intention, ils se tournent vers d'autres orientations avant de passer le concours d'entrée dans les IFSI (Tableaux 4 et 5). La rubrique « nouveaux inscrits » rassemble les étudiants de 1^{ère} année hors les redoublants et ceux qui reprennent leurs études après un report ou une suspension de la formation.

	Femmes		Hommes	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Baccalauréat avant 2007	13171	56,38 %	2442	57,9 %
Baccalauréat en 2007	5691	24,36 %	676	16 %
BEP CSS	133	0,56 %	13	0,3 %
Diplôme universitaire	1378	5,89 %	395	9,36 %
BTS, DUT	834	3,57 %	254	6 %
BEP, CAP, BEPC	159	0,68 %	52	1,23 %

Tableau 4 : Répartition des nouveaux inscrits en 2007 selon le niveau d'études

	Femmes		Hommes	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Baccalauréat avant 2009	13755	57,28 %	2317	54,31%
Baccalauréat en 2009	4797	19,97 %	597	14 %
BEP CSS	550	2,3 %	39	0,9 %
Diplôme universitaire	1680	7 %	551	12,9 %
BTS, DUT	945	3,93 %	300	7 %
BEP, CAP, BEPC	444	1,84 %	106	2,48%

Tableau 5 : Répartition des nouveaux inscrits en 2009 selon le niveau d'études

Concernant les séries du baccalauréat (Tableaux 6 et 7), les étudiants ayant obtenu le baccalauréat S sont toujours les plus représentés. Néanmoins, ils s'inscrivent plutôt à N+1 de l'obtention du diplôme. Les étudiants ayant obtenu le baccalauréat SMS, dédié à la formation infirmière, représentent la deuxième classe par les effectifs, et cela pour les deux rentrées. Cependant, pour la rentrée 2009, année de la mise en application du nouveau référentiel et de

l'universitarisation de la formation, il y a une baisse sensible des étudiants infirmiers titulaires de cette série de baccalauréat.

Séries	Baccalauréat en 2007		Baccalauréat avant 2007		Total en %
S	1582	7,19 %	5099	23,19 %	30,38 %
SMS	2394	10,88 %	3835	17,44 %	28,32 %
ES	1455	6,61 %	2585	11,75 %	18,36 %
L	380	1,72 %	1591	7,23 %	8,95 %
STG	308	1,4 %	1401	6,37 %	7,77 %

Tableau 6: Répartition des 5 séries du baccalauréat les plus fréquentes chez les nouveaux inscrits en 2007 dont le plus haut diplôme est le bac

Séries	Baccalauréat en 2009		Baccalauréat avant 2009		Total en %
S	1472	5,9 %	6310	25,25 %	31,16 %
SMS	2006	8 %	4242	17 %	25 %
ES	1167	4,5 %	3348	13,4 %	18 %
L	258	1 %	2062	8,25 %	9,26 %
STG	253	1 %	1778	7,1 %	8,12 %

Tableau 7: Répartition des 5 séries du baccalauréat les plus fréquentes chez les nouveaux inscrits en 2009 dont le plus haut diplôme est le bac

1.3.4 Professionnalisation et identité professionnelle

Les travaux et études donnant lieu à parution d'articles dans la littérature professionnelle montrent que deux axes sont mis en exergue : la professionnalisation par les activités et/ou par le savoir. La professionnalisation des individus dans la partie de leur développement identitaire est peu étudiée.

Dans la littérature professionnelle, nous recensons assez peu de travaux ayant comme thématique le processus de professionnalisation. Pourtant, la construction de l'identité professionnelle est un thème du rapport de Savoyant en 2005.

Dans ce rapport publié par le CEREQ dont le thème était « La professionnalisation des personnels infirmiers », Savoyant, tout en soulignant les relations qu'ils entretiennent entre eux, distingue deux plans du développement de la professionnalisation des personnels (2005, p.3, souligné par nous) :

Le plan des compétences professionnelles proprement dites, incluant les dimensions techniques et relationnelles des activités de soin ; et le plan de l'identité professionnelle, recouvrant le passage d'un cadre de référence scolaire à un cadre plus professionnel, tant en ce qui concerne la formation elle-même que l'attitude vis-à-vis de l'activité de travail et des modes d'interaction et de coopération qu'elle implique.

La population qu'il étudie est celle des infirmiers d'unité de soins, jeunes diplômés ou plus anciens. L'auteur présente le développement de l'identité professionnelle en deuxième partie et « très rapidement » car ce n'était pas le point central de son étude. Il ressort de ce travail que les stages pendant la formation sont l'occasion de découvrir « l'organisation du milieu de travail, ses règles et ses valeurs » ; être diplômé est une vraie rupture en termes de responsabilité, d'autonomie, d'adaptation à la spécificité du service.

À la question : « qu'est-ce qui fait une bonne professionnelle ? », les infirmiers interrogés ont répondu sans ordre de priorité (Savoyant, 2005, p. 21) : une bonne technique et être bonne dans la relation avec le patient (les deux en même temps) ; se dégager du soin ; la distance nécessaire ; s'inscrire dans un collectif de travail ; être capable d'organiser son travail et de gérer les priorités ; élargir le champ de son activité de travail.

Concernant les étudiants infirmiers, ce sont essentiellement les activités de travail qui sont étudiées en milieu de stage ou grâce à des situations de soins travaillées à l'IFSI.

Ces travaux peuvent être classés selon le type de professionnalisation : par les savoirs, par les activités ou la professionnalisation des individus.

La recherche, élément-clé du processus d'universitarisation exigé par les universités de tutelle, est étudiée comme moyen de professionnalisation par le savoir.

Le travail de fin d'études (TFE), devenu travail de recherche dans le référentiel de formation, est appréhendé comme un espace de questionnement, qui s'appuie sur « des espaces de travail centrés sur l'analyse de situations-problèmes » (Séraphin, 2006, p.73) et sur un travail réflexif.

Dans leur étude « Les savoirs : quelle utilisation dans le travail de fin d'études des étudiants infirmiers ? », Eymard et Lamy (2008) développent l'idée que le TFE n'est pas qu'un exercice de style mais un véritable outil de professionnalisation. Se professionnaliser, c'est non seulement acquérir des savoirs et des savoir-faire, mais c'est aussi parvenir à investir une situation professionnelle afin qu'elle devienne « une occasion de réflexion, de formalisation, un objet d'analyse ». Et même si la formation ne peut pas être considérée comme le seul lieu de transformation du sujet, elle y participe fortement (Eymard et Lamy, 2008, p 80). Quelle que soit la méthode utilisée, les étudiants sont confrontés à leur propre rapport au savoir. La référence aux textes législatifs est constante et elle justifie, donne un cadre au choix du thème et initie la question de départ. La prégnance de cette tonalité juridique marque l'intérêt porté au respect des règles dans l'exercice professionnel.

La professionnalisation par les activités se base sur des enquêtes présentées et réalisées par des professionnels de terrain, des services de soins ou des IFSI.

Une première étude porte sur l'encadrement des étudiants infirmiers en stage et mobilise les différents acteurs de cette situation à l'exception des étudiants eux-mêmes : le maître de stage qui est le cadre de santé du service, le tuteur qui est l'infirmière référente pédagogique du service ou du pôle et le professionnel de proximité qui encadre l'étudiant au quotidien. Le recueil des données s'est effectué par 8 entretiens semi-directifs individuels. L'objet des entretiens était la transmission des savoirs infirmiers dans le contexte de la réforme des études de 2009. Le stage est reconnu comme milieu construit pour l'apprentissage professionnel. Les points évoqués par les professionnels sont la difficulté à évaluer les compétences dont le sens reste équivoque, flou. Le transfert des compétences des étudiants d'un stage à l'autre reste aléatoire. Enfin, tous s'accordent à reconnaître le stage comme lieu privilégié de l'acquisition des compétences et soulignent l'importance des situations-problèmes et du tuteur. Les auteurs de l'article finissent en soulignant le « souci de professionnalisation [qui] est omniprésent » et parlent de « professionnaliser l'étudiant en soins infirmiers ». (Guillot et *al.*, 2011, p.33) Ce verbe est-il transitif ou pronominal ?

Une seconde étude a comme thème : « Soins aux personnes âgées démentes en institution : analyse de l'influence des représentations des soignants sur leur pratique du toucher. » (Borel, Follonier, Schaud, 2011). Les auteurs ont réalisé une analyse qualitative de 31 entretiens semi directifs (17 infirmières et 14 aides-soignantes). Les résultats montrent que le toucher n'est pas considéré comme un soin en soi : il est inné, il ne nécessite pas de formation ni d'explication pendant ou après sa pratique. Les représentations que les soignants ont des personnes âgées démentes s'imbriquent avec celles de leur rôle et de leurs compétences professionnelle et modifient leur type de toucher et leurs intentions. D'autre part, les émotions générées par le travail « sale » et l'agressivité des personnes âgées démentes rendent le toucher difficile.

Enfin, la professionnalisation des individus est assez peu abordée. L'étude de Jouet Le Pors en 2004 porte sur l'évolution des représentations sociales des étudiants infirmiers sur la profession infirmière. Elle étudie l'évolution des représentations entre le début et la fin de la formation. Nous reviendrons sur cette étude dans la deuxième partie.

Tout se passe comme si les organisations et le groupe professionnel s'intéressaient à et visaient la professionnalisation des individus en privilégiant pour les premières la professionnalisation des activités et l'acquisition de compétences ; et pour le second, la

professionnalisation des savoirs et l'émergence d'une science infirmière. *Quid* de l'individu, de l'étudiant infirmier ? Visant la professionnalisation des ESI dans sa dimension du professionnalisme, de ce que Bourdoncle nomme la socialisation relationnelle, nous nous proposons dans ce travail d'appréhender la construction de l'identité professionnelle des étudiants. : débute-t-elle pendant leur formation initiale ? Si c'est le cas, cela questionne la place des dispositifs de formation.

PARTIE 2 : DÉVELOPPEMENT IDENTITAIRE PROFESSIONNEL : REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU MÉTIER ET CATÉGORISATION SOCIALE INTER IFSI

Pour caractériser la construction de l'identité professionnelle, nous parlerons dorénavant de développement identitaire professionnel, en référence à la typologie de Bourdoncle.

Nous nous centrons sur le développement professionnel identitaire des étudiants en soins infirmiers, processus inclus dans celui plus global de la professionnalisation. La construction de leur identité professionnelle est une « condition nécessaire mais non suffisante du professionnalisme » (Legault *et al.*, 2000, p.51). Nous n'occultons pas que, simultanément à cette construction, l'étudiant vit des situations quasi professionnelles, ainsi dénommées par Beckers (2007, p.125), c'est-à-dire les stages qui lui permettent d'acquérir des compétences. Mais l'étude de la professionnalisation ne peut pas se réduire strictement à l'acquisition de compétences ; être un « bon professionnel », c'est aussi s'être approprié les normes, les règles le vocabulaire, les attitudes en cours dans le groupe professionnel, en résumé sa culture (Fray et Picouleau, 2010, p.176)..

Identité, représentations sociales et catégorisation sociale sont des concepts liés, interconnectés. Sa proximité notionnelle avec la représentation sociale amène Blin à se demander si l'identité ne serait pas une dimension de la représentation sociale articulant l'ego et l'alter avec l'objet (Blin, 1997, p.179). Les liens entre ces trois notions sont soulignés et revisités par de nombreux auteurs : l'identité collective s'exprime par les représentations et le processus de catégorisation du réel, processus s'exprimant notamment dans le discours des sujets (Baugnet, 2009, p.112) ; les représentations identitaires sont à la fois le support et le résultat de l'identité (Deschamps et Moliner, 2008, p.93). Située à l'articulation entre collectif et individuel, l'identité, qu'elle soit individuelle et collective, personnelle et sociale, ou professionnelle, est une des thématiques centrales en psychosociologie.

Le terme identité signifiant étymologiquement « le même », cela pose *ipso facto* la place de l'alter, du non semblable, du non identique (Saliba, 2001, p.6) dans la construction du « moi ». L'individu se construit aussi par les autres et les individus peuvent être considérés comme une collectivité dans la mesure où ils se représentent la réalité en fonction de mêmes catégorisations partagées (Turner, 1987, p.29). Le processus de catégorisation permet aux individus d'ordonner l'environnement physique et social, complexe par nature, et a comme conséquence de différencier les comportements interpersonnels entre « Nous » et « Eux », ce

qui représente le pôle de l'identité sociale. Les comportements intra personnels font référence à la différenciation entre « Soi » et « Autrui » et représente le pôle de l'identité personnelle.

2.1 Le regard psychosocial sur la professionnalisation

Que peut apporter le regard psychosocial dans la compréhension du processus de développement identitaire des individus ? En quoi le fait qu'il soit par essence ternaire nous aidera-t-il à mieux appréhender les mécanismes à l'œuvre dans la construction de l'identité professionnelle des étudiants infirmiers ?

L'identité est une notion complexe, abordée par de nombreuses disciplines. Elle est toutefois, selon de Gaulejac, une notion éminemment psychosociologique car « elle condense une série de significations, entre les processus de construction de soi et des processus de reconnaissance, qui concerne les différents registres des relations humaines et des rapports sociaux » (de Gaulejac, 2002, p.174).

La spécificité de ce regard psychosocial est de prendre en compte le sujet inséré dans le réseau de relations qu'il entretient avec autrui, et ce, en référence avec un objet :

La psychologie sociale est le domaine d'études scientifiques qui analyse la façon par laquelle nos pensées, nos sentiments et nos comportements sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres, par leurs caractéristiques et par les divers stimuli sociaux qui nous entourent, et qui, de plus, examine comment nos propres composantes psychologiques personnelles influent sur notre comportement social (Dany, Dudoit et Fabre, 2008, p.54).

Étant donné la posture épistémologique de la psychologie sociale, l'interaction sociale, les fondements du lien entre l'individu et ses groupes d'appartenance sont donc l'un de ces objets centraux.

L'intérêt d'adopter une lecture ternaire des faits est de considérer le phénomène étudié comme inséré au sein d'une dynamique sociale. Le rapport de l'étudiant infirmier à son métier est alors envisagé d'une façon dynamique, c'est-à-dire en tenant compte de son insertion sociale et des rapports sociaux qu'il entretient avec les autres groupes sociaux, comme par exemple les étudiants infirmiers des autres IFSI. La question du lien entre l'individu et la société est nécessairement et depuis toujours au cœur des sciences humaines et sociales et notamment de la psychologie sociale. Cette dernière semble être la discipline la plus apte à répondre à cette question particulière du fait de son positionnement épistémologique qui consiste à rejeter l'opposition entre l'individuel et le social. Elle partage avec d'autres disciplines l'intérêt pour les interactions et les groupes humains.

La psychologie sociale selon Moscovici (1984, p.6) est la science du conflit entre l'individu et la société. Il désigne « comme objet central, exclusif pour la psychosociologie,

tous les phénomènes ayant trait à l'idéologie et à la communication, ordonnés au plan de leur genèse, leur structure et leur fonction » et il classe dans les phénomènes ayant trait à l'idéologie les systèmes de représentations et d'attitude.

Cette discipline a eu des difficultés à spécifier son champ d'étude et il est commun de définir son « territoire » comme à l'intersection de celui de la psychologie et celui de la sociologie. Ni l'une ni l'autre, mais des objets, des concepts, des méthodologies d'études communes à l'une et à l'autre. Étudier la part, l'influence du collectif, du groupe, de la société dans les comportements individuels, dans les interactions interindividuelles, telle est la mission de la psychologie sociale selon Moscovici. Cela sous-entend néanmoins une rupture avec les paradigmes sociologiques et psychologiques (Blin, 1997, p.55).

La spécificité du regard psychosocial est d'avoir sur les phénomènes un regard ternaire sujet individu – sujet social – objet car la société est bien déjà là, par exemple représentée, dans la sphère professionnelle, par le groupe professionnel. Adopter un regard ternaire amène à refuser une vision réductrice de l'activité mentale (Séca, 2001, p.27) : l'individu isolé cognitivement n'existe pas ; entre l'objet et le sujet s'immisce la représentation qui les relie.

Ce regard psychosocial enrichit l'analyse et la compréhension des situations humaines en articulant plusieurs niveaux d'analyse (Doise, 1982). Le niveau d'analyse intra- individuel décrit la manière dont l'individu perçoit, évalue son environnement social. À ce niveau, l'interaction entre l'individu et le contexte dans lequel il est inséré n'est pas étudié. Le niveau d'analyse interindividuel étudie la dynamique des relations entre les individus à un moment donné, dans une situation donnée. Le niveau d'analyse positionnel tient compte de la différence de position sociale pouvant exister entre les sujets. Enfin le niveau d'analyse idéologique fait intervenir « les idéologies, les systèmes de croyances et de représentation, d'évaluation et de normes, qui doivent justifier, maintenir un ordre établi de rapports sociaux » (Doise, 1982, p.33). Pour expliquer le comportement des individus, il importe d'adopter une vision globale, dépassant les trois premiers niveaux d'analyse. Il existe des valeurs, des normes, des convictions politiques, morales ou religieuses, une certaine philosophie du monde, plus ou moins partagée et acceptée par les membres d'une même culture, et qui agit comme un guide pour l'action. Dans ce vaste domaine de l'idéologie, « les représentations sociales se rapportent à ce qu'il y a en elle [l'idéologie] de plus concret et immédiatement saisissable, tant du point de vue cognitif que de celui de leur influence sur le comportement » (Palmonari et Doise, 1986, p.14).

L'identité se construit-elle dans le rapport à l'autre ? Permet-elle de s'inscrire dans une communauté de pairs, d'alter, partageant valeurs, normes, perspectives, vocabulaire ? L'alter

peut être un alter ego, un pair ou un groupe de pairs par exemple ; ou bien alors un alter différent ; cet alter peut être social ou non, réel ou symbolique.

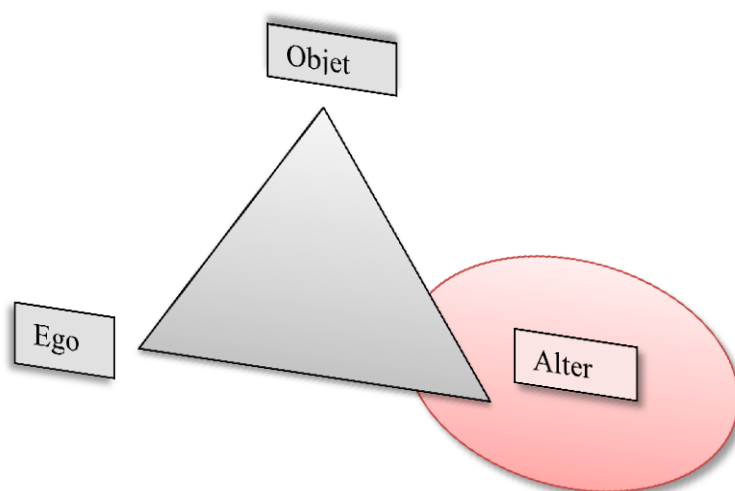


Schéma 1: Schéma de la tiercéité du regard psychosocial selon Moscovici

Le référentiel de formation de 2009 amène à un changement de paradigme : une logique comportementaliste cède la place à une logique socio-constructiviste. Ceci est valable pour les activités, mais à partir de quoi, sur quoi, les étudiants construisent-ils leur savoir ? S'intéresser à la manière qu'ont les étudiants de se représenter leur futur métier, participe d'une approche socio-constructiviste plus nuancée, plus éclairée, et permet d'enrichir les pratiques pédagogiques.

Les représentations sociales du métier sont mises en tension avec les stages, la formation plus largement, les autres professionnels, leur histoire propre. Comme il y a un mouvement de transformation des représentations sociales à des représentations professionnelles, existe-t-il parallèlement un mouvement de mutation de l'identité sociale, en tout cas un enrichissement de cette identité sociale, enrichissement faisant référence aux identités multiples de Hughes, afin de construire une identité professionnelle ? Cette construction selon la théorie interactionniste se fait dans la douleur, c'est un processus quasi physique. Or, la psychologie sociale se définit selon Moscovici (1984) comme la science du conflit. Il ne faut pas voir le conflit comme un facteur péjoratif, pesant négativement dans la construction de l'individu, mais plutôt comme un facteur dynamique, appartenant au registre du vivant, permettant l'amélioration, la transformation de l'individu.

La représentation sociale, véritable reconstruction de la réalité (Blin, 1997, p.43), peut être appréhendée comme une notion tridimensionnelle : le sujet pensant, l'objet de représentation et le contexte social où s'inscrit la relation sujet-objet.

Le regard psychosocial ternaire ne fait pas oublier que ces trois instances existent dans un contexte plus global. La construction d'une identité professionnelle, c'est-à-dire l'entrée dans une communauté professionnelle, sous-entend *ipso facto* l'existence des autres. Ce tissage entre l'aspect individuel et l'aspect collectif des « choses » du social est bien l'objet d'étude de la psychologie sociale.

Van Lange, pour définir le champ de la psychologie sociale, en appelle aux pères fondateurs Lewin et Allport. Le premier a souligné l'importance des buts individuels et de l'environnement social dans la compréhension des comportements. « En cela, il a souligné non seulement le pouvoir objectif de la situation mais aussi le pouvoir d'interprétation personnelle et subjective de la réalité. » (Van Lange, 2006, p. 13, trad. pers.). La psychologie sociale se définit comme la science de l'influence réciproque de l'individu et de l'environnement social.

Cherchant des ponts, des passerelles entre la psychologie sociale et les autres disciplines, Van Lange précise que la psychologie sociale occupe un niveau méso, reliant ainsi le niveau micro d'analyse au niveau macro. Il définit le niveau macro d'analyse comme représenté par les relations avec l'environnement social proche incluant le processus organisationnel, culturel et économique. Le niveau micro d'analyse est représenté par des processus individuels biologique, neurologique et cognitif. (Van Lange, 2006, p. 14, trad. pers.). Certains auteurs ajoutent à la définition de cette perspective micro d'analyse l'étude de la manière dont le comportement de l'individu est influencé par le contexte dans lequel il est inséré (Bar-Tal, 2006, p.342 ; 1998, p.96 ; trad.pers.).

Représentations du métier, de l'objet, mais aussi représentations de l'Alter et donc représentations identitaires par la médiation des relations intergroupes.

Ce niveau méso pourrait être représenté par les IFSI, espace entre, d'une part, la structure représentant l'environnement social proche (relais institutionnel, assurant l'organisation et mise en œuvre du référentiel) et d'autre part, les étudiants infirmiers : c'est dans cet espace que pourraient se déployer les interactions, réelles ou symboliques, avec les groupes d'étudiants des autres instituts.

2.2 Les identités

L'identité se forme dans le jeu des similitudes et des différences. Construite sur la base de la notion de soi, le concept d'identité est donc d'abord étudié par les sociologues, par exemple Mead et la « conversation entre le je et le moi », conversation entre l'identité personnelle et l'identité sociale. L'identité est une notion paradoxale : elle désigne à la fois ce

qui rend semblable et différent, unique et pareil aux autres. Elle est à la fois individuelle et collective, personnelle et sociale ; elle exprime en même temps la singularité et l'existence à des communautés (familiales, locales, ethniques, sociales, idéologiques, confessionnelles...) (Marc, 2005, p.3).

L'identité sociale évoque une similitude avec d'autres (du moins certains autres) ; l'identité personnelle évoque une différence avec ces mêmes autres. Cette distinction n'est que le reflet de la dualité individuel/collectif (Deschamps et Moliner, 2008, p.8). L'identité sociale est la manière dont un individu se perçoit comme appartenant à un groupe aux caractéristiques particulières. Accéder à une identité sociale positive (Tajfel, 1972) revient à valoriser les dimensions caractéristiques du groupe d'appartenance et à procéder à une comparaison favorisant le « Nous » par rapport à « Eux », l'endogroupe par rapport à l'exogroupe. Si l'identité sociale est perçue de manière négative, le sujet va éprouver une dépréciation de l'estime de soi, un désir de changer de groupe ou valoriser l'endogroupe par l'affirmation d'une différence, une caractéristique supérieure à l'exogroupe. (Vinsonneau, 1999).

Toute formation initiale contribue à la construction d'une identité professionnelle : créer une culture commune afin de faciliter l'intégration dans une communauté professionnelle en adoptant son langage, ses normes, ses règles, son histoire. L'histoire des infirmières, de la construction de la profession au fil du temps, traversant des contextes politiques mouvants, contribue à « donner une identité à la profession et à rehausser sa visibilité dans la société. [...] car les infirmières doivent connaître les forces sociales, politiques et économiques qui ont façonné leur discipline » (Association des Infirmières et Infirmiers Canadiens, 2004). L'identité professionnelle est-elle une forme de l'identité sociale, convoquée par le sujet dans le contexte professionnel ?

L'identité n'est pas « transmise » par une génération à la suivante, elle est construite par chaque génération (Dubar, 2000, p.122). La formation initiale des étudiants infirmiers, d'autant plus qu'elle intègre pour la moitié de sa durée des périodes de stage, est le lieu et le temps d'une socialisation secondaire, là où commence à s'élaborer une identité professionnelle. Dubar souligne que la construction d'une identité professionnelle est basée sur l'incorporation de savoirs spécialisés professionnels. C'est un véritable « univers symbolique » véhiculant une conception du monde mais qui, contrairement au savoir de base de la socialisation primaire, est défini et construit en référence à un champ spécialisé d'activités. Après avoir défini l'identité sociale puis l'identité professionnelle, nous nous pencherons sur la construction identitaire.

2.2.1 Identité personnelle, identité sociale

Qu'est-ce que l'identité ? Cette notion a été l'objet d'étude privilégié des philosophes depuis l'Antiquité ; elle traverse de nombreux champs, la vie ordinaire comme l'univers scientifique, et de nombreuses disciplines. Pour certains comme Platon et Aristote, l'identité est une illusion mentale, une pure fiction de l'esprit. Ils contestent ainsi l'immutabilité, la permanence de l'identité et mettent en avant le mobilisme universel qui prétend que le monde est constitué de *devenants* et non de *continuants*. Les êtres ne sont pas mais deviennent toujours autres (Ferret, 1998, p.88). Pour Héraclite, illustrant son propos de la métaphore du fleuve, tout est soumis au changement. L'identité de n'importe quel être dépend de l'époque considérée, du point de vue adopté. Elle n'est pas alors ce qui reste nécessairement « identique » mais le résultat d'une « identification » contingente.

Elle est à la fois la différence (la singularité de quelqu'un par rapport à quelqu'un d'autre) et l'appartenance commune à l'humanité. L'identité est donc une notion existentielle : identité et existence sont étroitement liées. Dans la tradition hégélienne, l'identité résulte de la reconnaissance réciproque du moi et de l'autre ; elle est le produit d'un processus conflictuel où se construisent des interactions individuelles, des pratiques sociales objectives et des représentations subjectives.

Les premiers travaux sur l'identité se situaient à un niveau intra-individuel et restaient des théories de la personnalité (Baugnet, 2001, p.20). Freud a plus parlé d'identification que d'identité. Il appréhende l'identification comme un processus ouvert sur l'environnement social, comme un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci (Laplanche et Pontalis, 1998, p. 187). La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. Le concept d'identification a pris progressivement dans l'œuvre de Freud la valeur centrale qui en fait, plus qu'un mécanisme psychologique parmi d'autres, l'opération par laquelle le sujet humain se constitue. Ce n'est donc pas une simple imitation mais une appropriation par le sujet de modèles et d'images.

Pour Mead, le soi est moins une substance qu'un processus. L'individu est un vaste système d'interactions internes en prise avec un environnement social lui-même profondément marqué par un contexte historique précis. Aucun de ces éléments (individu, société et histoire) ne doit être séparé dans l'analyse (Kaufman, 2011, p.32). « Un individu en interaction avec les autres leur ressemble inévitablement en faisant les mêmes choses qu'eux, sans que ce processus se déroule dans ce que nous appelons la conscience » (Mead, 1963, p. 164). Pour Mead, la conscience de soi est le produit des interactions sociales que l'individu

noe avec son environnement (Lipiansky, 1998, p.143). Cette réflexion fut à l'origine du courant de l'interactionnisme symbolique, de l'École de Chicago, et ce sont les disciples de Mead (Strauss, Becker et Goffman) qui introduisirent le terme d'identité en laissant toutefois de côté le critère de l'inscription historique. Ces derniers expliquent la constitution des catégories de la vie sociale au cours d'activités complexes, activités de groupes ou d'individus en coopération ou en opposition. Il s'agit aussi de comprendre la démarche des acteurs sociaux entreprenant des actions auxquelles ils accordent des significations construites lors des interactions de la vie quotidienne (Goffman, 1974, 1987).

Pour survivre, une société doit reproduire sa culture et sa structure sociale. Elle ne peut le faire qu'en assurant l'intériorisation des fonctions vitales par les enfants tout au long de leur socialisation, dans la famille d'abord, à l'école ensuite, sur le marché du travail enfin. Mais cela est remis en question dans les années 60/70' : le fonctionnalisme par exemple ne peut expliquer les grands mouvements sociaux, culturels et politiques du moment. C'est l'essor des courants critiques marxistes et structuralistes : la socialisation est le mécanisme de reproduction de la domination sociale, de la domination de classe en particulier.

Dans les années 80, de nouvelles conceptions de la socialisation, héritées de la sociologie compréhensive de Weber et de l'interactionnisme de Mead, vont amener la distinction entre socialisation primaire et secondaire. La socialisation n'appartient plus uniquement à l'enfance et au champ scolaire mais aussi, entre autres, au champ professionnel. Berger et Luckmann (1996, p.179) définissent ces processus comme :

[...] l'installation consistante et étendue d'un individu à l'intérieur du monde objectif d'une société ou d'un secteur de celui-ci. La socialisation primaire est la première socialisation que l'individu subit dans son enfance, et grâce à laquelle il devient un membre de la société. La socialisation secondaire consiste en tout processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans des nouveaux secteurs du monde objectif de sa société.

La construction de l'identité apparaît ainsi à la fois comme construction d'une image de soi, sentiment d'exclusion ou de participation à des groupes sociaux plus ou moins organisés, acceptation ou rejet des normes, des valeurs et des significations. Elle est à la fois imposée et inculquée à travers les attributions d'étiquette et de statuts (identité pour autrui), et acceptée et intériorisée à travers le sentiment d'appartenance (identité pour soi). Benasayag (2004, p.62) rappelle que l'identité porte en elle quelque chose de paradoxal : nous ne sommes quelqu'un que par les autres. D'abord parce que nous sommes inscrits dans l'ordre des générations ; ensuite parce que nous avons besoin d'être reconnus par les autres.

Par la transmission des conduites sociales et l'organisation des représentations mentales, ce processus est à la fois cognitif, affectif et expressif. Par l'intermédiaire du

langage, l'individu assimile et s'approprié les systèmes de règles, de valeurs, de signes qui lui permettent de communiquer avec ses semblables, de s'identifier ou de se différencier, de marquer son appartenance à des groupes ou d'en rejeter d'autres. Car, « l'identité n'est plus [...] Le fondement de l'unité d'un groupe ; elle est aussi la résultante des processus d'identification et de distinction par lesquels ce groupe cherche à fonder sa cohésion et à marquer sa position par rapport à d'autres groupes » (Lipiansky, 1998, p.146). Comme le résume Lipiansky, « l'identité 'se pose en s'opposant' » (*id.*, p.146).

Dubar (2000, p.109) définit l'identité comme « le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent des individus et définissent les institutions ». Selon lui, il faut donc essayer de comprendre les identités et leurs déchirures comme les produits d'une tension ou d'une contradiction interne au monde social lui-même et non d'abord comme des résultats du fonctionnement psychique et de ses refoulements inconscients. L'identité est une notion qui exprime la résultante des interactions complexes entre l'individu, les autres et la société. Elle s'échafaude comme une construction représentative de soi dans son rapport à l'autre et à la société. L'identité est ainsi la conscience sociale que l'individu a de lui-même. La notion d'identité aide à penser les relations entre les catégories sociales légitimes (statuts sociaux et professionnels) et les représentations que se font les individus de leurs positions sociales. Associée à la notion de socialisation, elle s'efforce de saisir les trajectoires sociales dans leur double dimension objective et subjective, dans leurs transformations successives et dans leur multidimensionnalité.

Nous avons noté que la socialisation est définie alors non seulement comme développement de l'enfant, apprentissage de la culture ou incorporation d'habitus mais aussi comme construction d'un monde vécu. La socialisation devient donc alors un processus de construction, déconstruction et reconstruction d'identités liées aux diverses sphères d'activités, notamment professionnelles, que chacun rencontre au cours de sa vie et dont il doit apprendre à devenir acteur (Dubar, 2000, p.10).

2.2.2 L'identité professionnelle

Appréhendée comme une composante de l'identité globale, l'identité professionnelle se construit à partir de l'identité personnelle (Gohier et Anàdon, 2000 ; Perez, 2006) en y intégrant des composantes professionnelles comme la manière de se représenter le métier et les pratiques professionnelles (Perez, 2006, p.110).

La notion d'identité professionnelle renvoie à trois éléments (Fray et Picouveau, 2010, p.75) : « le monde vécu du travail, c'est-à-dire la situation objective du travail et la signification que lui accorde l'individu (1) ; les relations de travail, appréhendées comme la perception subjective des relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance aux groupes informels (2) ; les trajectoires personnelles et la perception de l'avenir (3) ».

L'identité professionnelle est le résultat de relation de pouvoir et d'appartenance à des groupes et sa construction dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit des autres (Dubar, 2000, p.98) ; elle est de plus une identité de métier, amenant à une intégration sociale et à une reconnaissance de soi : « l'identité professionnelle serait le sentiment d'appartenance à une profession issue d'une socialisation et dont le résultat est la conformité aux normes collectives, [c'est-à-dire] par l'usage de pratiques, de vocabulaire ou de gestes communs » (Fray et Picouveau, 2010, p.76).

Pour Roux-Perez (2005, p.79) l'identité professionnelle s'étaye sur l'identité personnelle en y intégrant des composantes professionnelles : « pour trouver un équilibre, l'individu se représente la discipline, le métier, les pratiques professionnelles et s'engage dans l'action ». Il s'agit d'une forme spécifique de l'identité sociale qui est mobilisée en priorité dans le contexte professionnel. :

Parler d'identités professionnelles c'est reconnaître aux champs des activités professionnelles la capacité de construire des identités spécifiques à des groupes au cours de processus de socialisation significatifs des domaines considérés. La notion d'identité professionnelle désignera la résultante des interactions entre les individus en tant qu'acteurs, les groupes professionnels et le contexte professionnel. (Blin, 1997, p.178, souligné par l'auteur)

À défaut de la construction d'une identité professionnelle, c'est l'identité personnelle qui va être mobilisée, et qui peut s'en trouver fragilisée (Leclerc, 2005, p.153). Dans ce métier de l'interaction humaine où le professionnel est sollicité dans sa dimension personnelle, l'identité professionnelle est une sorte de « pare-feu », protégeant l'infirmier en tant que personne. De ce fait, notre travail sur la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant infirmier ne peut se détacher d'une posture éthique.

L'identité professionnelle apparaît avec l'avènement de la société industrielle et de la place centrale que prend le travail dans notre société salariale comme l'a étudiée Castel. Le travail reste un des moyens puissants d'inscription sociale et le domaine professionnel permet la socialisation secondaire, « intériorisation de “sous-mondes” institutionnels ou basés sur des institutions » (Berger et Luckmann, op.cit., p.189).

R. Sainsaulieu (1988, p.122) inscrit l'identité dans un rapport de pouvoirs et dans le registre affectif. Il définit l'identité professionnelle comme la façon dont les différents

groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes ; l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes. Il distingue quatre types d'identité au travail que nous ne faisons que citer : l'identité fusionnelle, l'identité de retrait, l'identité de négociation et l'identité affinitaire.

D'autre part, il souligne l'importance du conflit dans l'accès à l'identité. Le conflit dans la vie de groupe est en quelque sorte la porte d'accès à la différence de soi par rapport aux autres. « Le conflit est ainsi au cœur même des processus de la reconnaissance de soi, car c'est dans les perspectives de la lutte que le sujet trouve à affirmer sa différence, tant sur le plan des idées que sur celui des identifications affectives. » (Sainsaulieu R., 1988, p.322). Le groupe pourrait être ainsi mis dans la position de l'Alter dans la construction de cette identité professionnelle.

Des quatre identités au travail définies par R. Sainsaulieu, Dubar fait d'abord le constat de la disparition, de la transformation de certaines, d'où son concept de formes identitaires qui sont les manières dont chacun se définit à la fois comme acteur d'un système précis et comme produit d'une trajectoire spécifique. Les formes identitaires ne sont pas des « identités personnelles » au sens de désignations singulières de soi, mais des constructions sociales partagées par tous ceux qui ont des trajectoires forcément subjectives et des définitions d'acteurs homologues. Il défend la thèse de la centralité du travail dans la vie personnelle et de la place éminente des identités professionnelles dans la vie sociale. Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi (Dubar, 2000, p.95). De même, l'identité personnelle, le Soi, ne se réduit pas à l'identité au travail. Il y a donc les identifications attribuées par les autres (identités pour autrui) et les identifications revendiquées par soi-même (identités pour soi). Il distingue deux types de formes identitaires (*id.*, p.4), inspirées par Weber :

- les formes communautaires : les plus anciennes, supposant l'existence de groupements appelés « communautés » considérés comme des systèmes de places et de noms pré assignés aux individus et se reproduisant à l'identique à travers les générations ;
- les formes sociétaires : les plus récentes, supposant l'existence de collectif multiples, variables, éphémères auxquels les individus adhèrent pour des périodes limitées et qui leur fournissent des ressources d'identification qu'ils gèrent de manière diverse et provisoire. Il y a là primauté du sujet individuel

sur les appartenances collectives, et des identifications « pour soi » sur les identifications « pour autrui ».

L'espace de reconnaissance de l'identité dépend étroitement de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi, noyaux durs des identités, par les institutions. La transaction entre, d'une part, les individus porteurs de désirs d'identifications et de reconnaissance, et, d'autre part, les institutions offrant des statuts, des catégories et des formes diverses de reconnaissance peut être conflictuelle. Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi (Dubar, 2000, p.95). Pour Dubar, il existe un mouvement dans le temps d'une forme identitaire à l'autre. De plus, chacun possède de multiples appartenances qui peuvent changer au cours de sa vie. Dans les formes sociétaires, les formes d'identification aux divers groupes, entre autres professionnels, sont conditionnées par l'identité personnelle : elles sont considérées comme des résultantes de choix personnels et non comme des assignations héritées. Nous assistons à une mutation de la configuration des formes identitaires dans le champ du travail et des relations professionnelles. Il y a passage des formes communautaires aux formes sociétaires auxquelles il ne faut pas enlever leur dimension sociale, à côté de leur sens économique. Ensuite, les identités antérieures comme celle de métier, de classe sont dévalorisées, non reconnues.

Tous les « nous » antérieurs, marqués par le « communautaire » et qui avaient permis des identifications collectives, des modes de socialisation du « je » par intégration définitive à ces collectifs sont suspects, dévalués, déstructurés. Le dernier cri du modèle de la compétence suppose un individu rationnel et autonome qui gère ses formations et ses périodes de travail selon une logique entrepreneuriale de « maximisation de soi. (Dubar, 2000, p.127)

La dimension diachronique inhérente au concept d'identité a comme conséquence que les identités ne sont pas des configurations stables et durables mais sont au contraire dynamiques et en restructuration permanente en fonction des contextes historiques et sociaux dans lesquels les acteurs s'intègrent, de leur trajectoire et de leurs projets. Les crises d'identité sont des moments de déséquilibre, de restructuration et de transformation d'une configuration identitaire pour une autre.

Wittorski (2009a, p.784) pense les liens entre activité/développement professionnel (relevant du sujet), compétence/professionnalisation (relevant du tiers) et négociation identitaire (entre le sujet et le tiers). Il énonce une transaction identitaire entre trois modalités de l'identité :

- une identité prescrite : il y a prescription de compétences par l'organisation et par les dispositifs de travail et/ou de la formation,

- une identité agie et vécue : elle relève du développement professionnel compris comme processus de transformation des sujets au fil de leur activité, dans les dispositifs de formation formelle ou informelle, associée à une demande de reconnaissance des sujets par l'organisation,

- une identité reconnue et attribuée : elle est obtenue par la négociation identitaire entre les deux premières modalités.

L'identité professionnelle s'enracine dans le collectif : elle s'ancre alors dans les représentations et les pratiques dépendantes du milieu d'exercice du groupe et résulte de la conscientisation de l'appartenance à un corps professionnel (Wittorski, 2009 ; de Gaulejac, 2002).

2.2.3 Le développement identitaire

La socialisation peut être définie comme l'installation consistante et étendue d'un individu à l'intérieur du monde objectif d'une société ou d'un secteur de celle-ci. La socialisation secondaire consiste en tout processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans des nouveaux secteurs du monde objectif de sa société (Berger et Luckmann, 1996, p.179). La construction d'une identité professionnelle est basée sur la socialisation secondaire, incorporation de savoirs spécialisés (professionnels). Ce sont des machineries conceptuelles comprenant un vocabulaire, des recettes, un programme et un véritable « univers symbolique » véhiculant une conception du monde mais qui, contrairement au savoir de base de la socialisation primaire, sont définis et construits en référence à un champ spécialisé d'activités (Dubar, 2005, p.78).

Dubar (2005, p.114) différencie deux processus de construction identitaire : un processus identitaire relationnel et un processus identitaire biographique ; et la construction de l'identité sociale puis de l'identité professionnelle procède de la transaction entre ces deux processus.

Le premier concerne l'attribution de l'identité par les institutions et les agents en interaction avec l'individu, les « autrui significatifs », et amène à une transaction relationnelle entre identité pour soi et identité pour autrui (Fusulier et Maroy, 1996, p.121). Le second est l'incorporation de l'identité par les individus eux-mêmes qui ne peut donc s'analyser en dehors des trajectoires sociales par et dans lesquelles les individus se construisent des identités. Il s'agit là d'une transaction biographique entre identité héritée (l'histoire subjective et objective du sujet) et l'identité visée, c'est-à-dire une image idéale de soi (*id.*, p.122).

Ces différentes identités se situent à l'interaction des processus biographiques de construction de soi et des processus relationnels et institutionnels de reconnaissance par

autrui. Elles articulent deux dimensions hétérogènes qui peuvent être visualisées comme orthogonales. Sur un axe temporel : la structuration des discours biographiques. Sur un axe spatial : les jugements émis sur les configurations relationnelles. Mais les deux processus ne coïncident pas toujours et il s'agit pour la personne de réduire l'écart existant.

Nous nous intéresserons plus particulièrement au processus identitaire biographique. La dimension biographique, historique et donc diachronique, de la construction identitaire fait référence au contexte socio-historique, au rôle fondamental de la trajectoire sociale antérieure de l'individu et aux projets qu'il élabore. En effet, la construction des identités s'alimente des parcours sociaux incorporés dans les agents, de la position que ceux-ci occupent dans la structure sociale et des projets qui peuvent être socialement formulés à tout moment (Dubar, 2005, p.112). En même temps, l'identité se construit dans un mouvement de similitude et de différenciation, d'individuel et de collectif : « il n'y a pas d'identité du 'je' sans identité du 'nous' » (Saliba, 2001, p.6). Nous pourrions nommer ces identités, identités socioprofessionnelles, pour parler de la construction de cette identité débutée pendant le temps de la formation, et visant une identité professionnelle.

2.3 Les représentations socioprofessionnelles

2.3.1 Les représentations sociales

Le concept des représentations sociales remis sous la loupe des chercheurs en psychologie sociale par Moscovici en 1961 est devenu un concept incontournable pour comprendre les liens entre connaissance et comportement. « En somme, l'étude des rapports possibles entre les processus de connaissance et les conduites et pratiques sociales semblent passer aujourd'hui par deux paradigmes : le premier, celui des représentations sociales, est maintenant classique. Le deuxième, celui des processus socio cognitifs est en voie d'élaboration. » (Beauvois et *al.*, 1989, p.10)

2.3.1.1 Historique

Le monde a changé ou a connu une révolution pour reprendre le terme de Moscovici : à l'ère des communications de masse, tout savoir nouveau est mondialement et immédiatement diffusé, transformant les modes de pensée et les connaissances. Surgissent alors des interrogations fondamentales sur le fonctionnement de la société moderne, le rôle des groupes, des individus et des idées, leurs interactions, sur « la vie sociale en train de se faire. » Les représentations collectives ne suffisent plus à asseoir un questionnement sur le monde social *hic et nunc* et cèdent ainsi la place aux représentations sociales.

La notion de représentation a été élaborée par la philosophie. Elle en déborde largement aujourd'hui, utilisée par d'autres disciplines des sciences humaines, au point d'être devenue un concept central, tout en étant polysémique. Kant a brisé l'illusion de la toute connaissance de la réalité : celle-ci nous est inaccessible. Pour lui les objets de notre connaissance ne sont que des représentations. Ils sont le produit de catégorie mentale : l'espace tridimensionnel, l'existence d'un déroulement linéaire du temps, la logique formelle. Ces catégories ne correspondent pas forcément à la structuration ou à l'énonciation de la réalité elle-même. Entre l'empirisme et le rationalisme, Kant a généralisé l'idée que pour connaître il faut à la fois s'intéresser à l'objet étudié et à l'homme qui l'étudie. Ce philosophe serait ainsi un pionnier de la psychologie sociale.

Ce concept de représentations sociales a diffusé dans pratiquement toutes les disciplines des sciences humaines et sociales. L'histoire, par exemple, se détache d'une vision « lieux de mémoire » pour approcher l'histoire des mentalités, mentalités définies comme histoire des visions du monde. Duby, Mandrou, ou Vovelle ont initié les études de cette histoire qui s'attache à mettre en lumière « l'idée même que les hommes se font de leur quotidien et plus encore de leur avenir » (Vovelle, 2001, p.21). Déjà, l'histoire n'est pas un dévoilement de faits, mais bien la constitution d'une mémoire historique, qui est fabrication constante et élaborée.

En psychologie du développement intellectuel, la capacité de représentation est présentée par Piaget comme un processus d'imitation et d'utilisation d'images mentales. La psychologie cognitive distingue deux sens du mot « représentation ». L'un est synonyme d'interprétation et concerne le processus, l'autre s'applique aux résultats de ce processus et signifient connaissances ou croyances. L'intelligence humaine peut s'interpréter comme la faculté de modifier ou créer des représentations grâce à un système de stockage spécifique. Mais le cognitivisme ne parvient pas à appréhender la complexité des représentations sociales : « La notion de représentation sociale dépasse le strict cadre cognitiviste en ce sens qu'elle n'est pas seulement un filtre interprétatif, elle n'est pas une simple application d'une grille [...], mais une activité beaucoup plus complexe de restructuration complète de la réalité, où les dimensions psychologiques, sociales et idéologiques jouent à plein » (Abric, 1994b, p.60).

La psychanalyse elle-même se réfère à ce concept pour souligner le fait que la représentation sert à lutter contre l'angoisse et à « faire une place à l'absence sur fond de présence relationnelle » (Golse, 2001, p.91).

Mais c'est la psychologie sociale qui a renouvelé l'analyse des représentations collectives conçues comme des systèmes mentaux de référence permettant à l'individu d'interpréter les événements extérieurs. Ces représentations constituent des jugements préconstruits des théories qui permettent de statuer immédiatement en vue d'une action ou réaction. Enfin, la prise en compte des représentations par les pédagogues constitue une mutation capitale des conceptions éducatives.

Pour cette partie historique, nous nous appuyons sur le chapitre de Moscovici (1989, p. 62 *sqq.*), *Des représentations collectives aux représentations sociales*, dans l'ouvrage coordonné par Jodelet « Les représentations sociales ». Moscovici convoque Simmel et Weber pour la genèse de l'idée de la représentation dans le champ sociologique. Simmel évoque la nécessité de se représenter les autres avec lesquels on est en relation, la manière de le faire façonnant « l'action réciproque et les cercles sociaux qu'ils forment ensemble. » Weber va plus loin et assigne aux représentations, à côté d'un rôle de cadre de référence, celui de vecteur de l'action des individus. : « Il semble bien [...] que ces situations collectives [...] sont des représentations de quelque chose qui [...] flotte dans la tête des hommes réels d'après quoi ils orientent leur activité ; et ces structures comme telles ont une importance causale considérable, souvent même dominante, pour la nature du déroulement de l'activité des hommes réels. » (Moscovici, 1988, p.64).

C'est néanmoins à Durkheim que Moscovici attribue la paternité réelle du concept. Ce dernier, en 1895, distingue les représentations collectives, auxquelles il donnera la prééminence car c'est un des moyens par lesquels s'affirme la primauté du social sur l'individuel, des représentations individuelles. Il définit les premières comme une vaste classe de formes mentales (sciences, religions, mythes, espace, temps), d'opinions et de savoirs. La notion est équivalente à celle d'idée, de système mais qui n'a pas encore de caractères cognitifs. Les représentations collectives sont homogènes et partagées par tous les membres d'un groupe. L'individu en subit les contraintes et pense dans les limites du cadre qu'elles posent.

Lévy-Bruhl apporte un éclairage nouveau à ce concept en montrant que les représentations diffèrent selon les sociétés dans lesquelles elles naissent, au-delà des domaines (sciences, religions, mythes,...) énoncés par Durkheim. Étudiant les sociétés primitives et la société moderne, il montre que c'est essentiellement une différence dans la représentation des lois naturelles (lois mystiques pour les sociétés primitives, lois logiques pour les sociétés modernes) qui induit des représentations différentes de la réalité, produisant

des modes de vie différents. Les représentations collectives s'élaborent dans des cadres sociaux très divers.

Piaget approfondit l'étude des mécanismes psychiques et sociologiques à l'origine des représentations et de leurs évolutions. Il introduit une rupture avec Durkheim en montrant que si les représentations collectives pèsent sur les représentations individuelles (et donc le développement) de l'enfant, en grandissant celui-ci acquiert une autonomie de ses propres représentations. Elles évoluent en fonction des rapports successifs que l'individu entretient avec la société (de la soumission de l'enfant à la coopération de l'adulte) ou les « sociétés » car Piaget met en avant une donnée absente chez Durkheim : la société des enfants. Ce faisant, il remet en cause le présupposé durkheimien de « l'homogénéité des représentations sociales transmises au cours des générations au sein d'une collectivité ». En écho aux propos de Lévy-Bruhl, il introduit, dans une seule et même culture, une dichotomie entre les représentations issues de deux mondes distincts : celui des enfants et celui des adultes, les relations pouvant aller de la contrainte à la coopération.

Enfin, pour parfaire son étude de la genèse des représentations, Moscovici évoque le champ de la psychanalyse. Pour Freud, la représentation est ce qui représente la pulsion. Celle-ci reste hors de l'action directe d'une opération psychique de refoulement dans l'inconscient. Le refoulement ne peut porter que sur des représentants psychiques de la pulsion. Freud *stricto sensu* parle de représentants-représentations (Laplanche et Pontalis, 1998 p.413). Le processus de représentation s'apparente à la symbolisation. La constitution de la représentation, interne, a pour but de maîtriser l'angoisse de la perte (Golse, p.146). La symbolisation, développée par Jones, a pour objectif de « doter le monde extérieur de quelque chose qui vient du Moi pour qu'il devienne plus familier et compréhensible » (Golse, 2001, p.147). Les psychodynamiciens font correspondre la naissance de la vie psychique à la mise en place de ce processus de symbolisation, donc des capacités de représentation : de soi, du monde et des relations entre soi et le monde. Par les observations tirées de son expérience clinique, Freud est convaincu de la force des représentations après avoir découvert que la paralysie vraie suit les voies d'une anatomie scientifique et la paralysie hystérique les voies d'une anatomie issue du savoir populaire. Poursuivant ses travaux sur les théories sexuelles de l'enfant, il remarque que les enfants élaborent une théorie sur ce qui les préoccupe, à savoir « D'où viennent les bébés ? ».

Leur théorie est certes fautive, mais elle comprend des éléments vrais, provenant des contes, des légendes, rapportés par les parents. Il y a là partage des représentations. En outre, les enfants cherchent des réponses à leurs questions, en imaginent. Et dans ce mouvement, ils

ne sont en rien freinés, au contraire, par la censure, les dissimulations, les « histoires pour enfants » que leur opposent leurs parents. C'est par les échanges à l'intérieur de la cellule familiale que le conflit psychique naît « entre les interprétations des parents et les interrogations des enfants, entre la censure des uns et la liberté des autres » et que les représentations sexuelles vont émerger et se modifier (en cela, elles sont sociales).

Les représentations sont différentes de la prime enfance à l'âge adulte (Moscovici, 1984, p.77) :

[Les premières] glissent réprimées dans l'inconscient. Tandis que d'autres se forment, différentes, plus intellectuelles et plus sévères [...], sous l'emprise de l'éducation. [...] Freud met à jour le travail d'intériorisation qui change le donné collectif en donné individuel et marque le caractère de la personne. [II] nous montre par quel processus, ignoré jusque-là, les représentations passent de la vie de tous dans la vie de chacun, du niveau conscient au niveau inconscient.

Les représentations sociales sont un thème de recherche répandu car « organisatrices de l'expérience, régulatrices de la conduite, donatrices de valeurs, elles permettent la compréhension du monde par imputation et génération de signification » (Rouquette et Rateau, 1998, p. 11). Pour ces auteurs, les représentations sociales ont acquis leur statut de « science normale » grâce à l'état d'un savoir objectif, à la formalisation et à l'expérimentation. Ils différencient les représentations sociales des représentations collectives. Elles sont collectives dans la mesure où elles sont consensuelles entre les groupes d'une société à un moment donné, et sociales quand elles sont éléments de différenciation entre les groupes selon les positions que ceux-ci occupent. (*id.*, p.15). Nous appréhendons le monde, notre environnement social, au travers de représentations différenciées et dialoguées. Rappelant les propos de Durkheim selon lequel la vie sociale était tout entière faite de représentations, ces auteurs avancent que les représentations sont plus qu'un concept significatif, caractéristique, prototypique de la psychologie sociale mais bien une catégorie fondamentale de la sociabilité (*ibid.*, p.13). Ces deux auteurs se situent dans une approche structurelle des représentations sociales et soulignent deux de leurs caractéristiques : d'une part, leur historicité qui fait que les représentations sont déjà là à notre naissance et que « l'éducation que nous recevons de mille manières nous en ont fait les héritiers » (Rouquette et Rateau, 1998, p.6) ; d'autre part, l'altérité sur laquelle elles se fondent, c'est-à-dire que les représentations des uns ne sont pas celles des autres. Par-là, ils se réfèrent au positionnement social et au positionnement idéologique des niveaux explicatifs de Doise.

Les représentations sociales représentent un concept très étudié car elles permettent d'appréhender les perceptions qu'ont les individus des objets sociaux qui les entourent. Concernant le champ de la santé, le mouvement de ces études a débuté dans les années 1970.

La psychologie sociale repose sur le principe d'interdépendance existant entre la personne et son environnement tel qu'elle le perçoit. Ce qui détermine d'abord le comportement, c'est la façon dont l'individu se représente le monde environnant (Fischer, 1996, p.19). Sans les représentations sociales que nous nous forgeons, le monde nous serait opaque. Elles sont en quelque sorte l'image que nous nous faisons d'un objet absent, qu'il soit réel ou imaginaire. La prise en compte des représentations sociales permet de comprendre les individus et les groupes en analysant la façon dont ils se représentant eux-mêmes, les autres et le monde, et ainsi interagissent avec ceux-ci.

Les étudiants infirmiers ne sont pas vierges d'idées sur la profession. C'est d'ailleurs sur la base de cette idée préconçue - car conçue avant toute connaissance - qu'ils se sont engagés dans la démarche de formation. Mieux connaître ces étudiants infirmiers afin de mieux appréhender les processus de la construction de leur identité professionnelle nécessite donc de repérer les représentations qu'ils ont de leur future profession. Il s'agit donc de saisir leurs représentations socioprofessionnelles.

2.3.1.2 Un savoir de sens commun

Moscovici, en 1961, a redonné vitalité à ce concept avec son étude sur les représentations de la psychanalyse. Son étude montre que les représentations sont à la fois générées et en même temps générantes ; il leur enlève ce côté préétabli, statique, qu'elles avaient dans la vision classique. Ce ne sont pas les contenus, mais les interactions qui comptent : l'individu isolé cognitivement n'existe pas. Les représentations ne s'élaborent pas dans un vide social mais dans un contexte défini, ou plutôt des « couches de contextes, lesquelles [...] recouvrent le temps et l'espace et composent la maille sur laquelle les représentations vont se tisser » (Arruda, 2008, p.299). Cette approche nouvelle permet de comprendre les changements sociaux et individuels. En ont découlé de nombreux travaux, divers autant par leurs approches que par les méthodes employées pour analyser l'objet. Même si les écoles de pensée sont plurielles, elles s'accordent sur un point : pour qu'il y ait représentation, il faut nécessairement héritage et altérité. Si la genèse, le rôle, les limites des représentations sociales sont très discutées, le sens du concept est commun. Les représentations sociales sont également désignées comme « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf », « naturel ». Une représentation est toujours représentation de quelque chose (l'objet) et de quelqu'un (le sujet). (Jodelet, 1989, p.59).

Définitions

Nous nous baserons sur l'approche que développe Moscovici dans son ouvrage sur la psychanalyse (1976, p.26) : « [...] La représentation sociale est une modalité de connaissance

particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre individus. » La représentation est une forme de savoir commun, une connaissance spontanée et naïve, par opposition à la connaissance scientifique. Elle est utile pour le groupe car elle lui donne un moyen d'interpréter et de comprendre la réalité de la vie quotidienne. Les représentations sociales sont une des voies de saisie du monde concret.

Les représentations individuelles ou sociales font que le monde soit ce que nous pensons qu'il est ou doit être. Elles nous montrent qu'à chaque instant quelque chose d'absent s'ajoute et quelque chose de présent se modifie. [...] Si quelque chose d'absent nous frappe, et déclenche tout un travail de la pensée et du groupe, ce n'est pas en tant que tel mais parce qu'il est étrange d'abord, hors de notre univers habituel ensuite. La distance, en effet, a pour nous la surprise dont nous sommes saisis et la tension qui la caractérise. (Moscovici, 1976, p.57)

Elles sont propres à notre société, à notre culture : elles constituent une organisation psychologique, une forme de connaissance particulière à notre société, et irréductible à aucune autre. Elles donnent un sens au comportement et l'intègrent dans un réseau de relations. Les représentations sociales sont des ensembles dynamiques, leur statut est celui d'une production de comportements et de rapports à l'environnement, d'une action qui modifie les uns et les autres, et non d'une reproduction de ces comportements ou de ces rapports, d'une simple réaction à un stimulus extérieur donné : la représentation d'un objet est une re-présentation différente de l'objet lui-même car il y a construction d'un nouvel objet : « Représenter une chose, un état n'est en effet pas simplement le dédoubler, le répéter ou le reproduire, c'est le reconstituer, le retoucher, lui en changer le texte. » (Moscovici, 1976, p.56). La représentation vise à élaborer une connaissance de l'absent et de l'étrange. Toute chose est représentation de quelque chose. « [La représentation] rend insolite le familier [...] L'inhabituel se glisse dans le coutumier » (*id.*, p.59) ; « [elle rend] l'invisible perceptible. » (Farr, 1984, p.386).

Les représentations sont sociales car elles sont élaborées collectivement mais, pour expliciter cet adjectif, Moscovici met surtout l'accent sur la fonction : « [...] à laquelle il correspond [plutôt] que sur les circonstances et les entités qu'il reflète. Celle-ci lui est propre, dans la mesure où la représentation contribue exclusivement aux processus de formation des conduites et d'orientation des communications sociales. » (Moscovici, 1976, p.75)

Les définitions des représentations sociales sont nombreuses. Suivent les définitions produites respectivement par Jodelet, Abric, Moliner, Roussiau et Bonardi et enfin Fischer. Une représentation sociale désigne :

« une forme de connaissance, socialement partagée et socialement élaborée, qui a une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un

ensemble social.[...] Les représentations sociales sont abordées à la fois comme le produit et le processus d'une activité d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée et l'élaboration psychologique et sociale de cette réalité. » (Jodelet, 1994, p.36),

« le produit et le processus d'une activité mentale par lequel un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. La représentation est donc un ensemble organisé d'opinions, attitudes, de croyances d'informations se référant en un objet ou une situation. » (Abric, 2003, p.206),

« une élaboration collective qui, d'une certaine manière, parvient à définir un consensus au sein d'un groupe social. [...] L'idée spécifique au concept de représentations sociales et que ce mode de connaissance s'est construit collectivement. » (Moliner, 1996, p.10),

« une forme de pensée sociale donnant lieu à des connaissances particulières ayant pour fonction d'orienter les conduites en même temps que d'assurer la communication entre les individus. » (Roussiau et Bonardi, 2001, p.17)

« la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales, etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses qui se manifeste au cours des interactions sociales. » (Fischer, 1996, p. 126)

Les représentations sociales sont des phénomènes complexes toujours activés et agissant dans la vie sociale. Nous repérerons des éléments divers (éléments informatifs, cognitifs, croyances, valeurs, attitudes ...), mais ceux-ci sont toujours organisés et disent quelque chose sur l'état de la réalité.

Les représentations sociales sont à la fois processus (construction des idées) et produits (idées). Elles se valident, se construisent et se transforment dans l'interaction pensées-actions, dans la communication. Les représentations sont un produit de l'esprit humain qui recrée en lui une « image complexe » de son environnement afin de mieux penser et agir sur celui-ci. C'est l'interface symbolique entre l'individu et son environnement perçu. Pour Moscovici, par les représentations, la personne se donne des modèles explicatifs, des

codes qui autorisent chacun à trouver un sens et à donner une signification au monde qui l'entoure. Les représentations sont des processus : elles constituent aussi un système d'interprétation par lequel l'individu interagit avec son environnement. Elles interviennent dans de nombreuses activités cognitives et, à ce titre, jouent un rôle essentiel dans le comportement du sujet. (Jodelet 1994, p.36) :

On reconnaît généralement que les représentations sociales, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. De même, interviennent-elles dans des processus aussi variés que la diffusion et l'assimilation des connaissances, le développement individuel et collectif, la définition des identités personnelles et sociales, l'expression des groupes et les transformations sociales.

La force du processus réside dans le phénomène de la réduction de la dissonance cognitive, durant lequel un individu réaménage la réalité dans le sens de ses désirs afin de rétablir la cohérence interne de ses représentations (produits) et permettre à l'individu de conserver son équilibre psychique.

Caractéristiques et fonctions

Les représentations sociales ont des fonctions essentielles dans la dynamique des relations sociales et dans les pratiques (Abric, 1994b, p.15). En premier lieu une fonction de savoir, car elles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité et facilitent la communication sociale en définissant un cadre qui devient facilitateur car cohérent avec les valeurs du groupe. En second lieu, une fonction identitaire en définissant l'identité et en permettant l'appartenance à un groupe et le positionnement par rapport aux autres groupes du champ social. La fonction identitaire permet donc le positionnement du groupe d'appartenance, l'endogroupe, par rapport aux autres, les exogroupes. En troisième lieu, une fonction d'orientation car elles guident les comportements et les pratiques, grâce aux rappels des normes en vigueur dans le groupe. Enfin, une fonction justificatrice car elles permettent *a posteriori* de justifier les prises de position et les comportements vis-à-vis des objets, des groupes.

Les représentations sociales s'élaborent selon deux processus fondamentaux définis et décrits par Moscovici (1976, p.171) : l'objectivation et l'ancrage. « [...] l'objectivation transfère la science dans le domaine de l'*être* et l'ancrage la délimite dans celui du *faire* pour contourner l'interdit de communication. »

L'objectivation est le processus qui conduit à rendre réel, concret, ce qui est abstrait. Ce processus rend compte la transformation de la connaissance en représentation : « Les idées ne sont plus perçues comme les produits de l'activité intellectuelle de certains esprits, mais

comme les reflets de quelque chose d'existant à l'extérieur » (Moscovici, 1976, p.109). Ce processus se décompose en trois étapes explicitées par Fischer (1996, p.128) : la sélection des informations, la constitution du schéma figuratif et le processus de naturalisation. Tout d'abord, l'information est sélectionnée, décontextualisée et remaniée pour élaborer un noyau ou schéma figuratif. Après cette première étape qui vise à rendre concret l'objet, le processus de naturalisation rend le schéma figuratif réel. Avec ce processus, l'inexplicable devient concret, *quasi* « matériel ».

L'ancrage est le mouvement qui permet à la personne d'intégrer ce savoir nouveau aux savoirs « déjà là », à des systèmes de pensée préexistants ou à des catégories déjà connues. Il s'agit d'une familiarisation de « l'étrange ». L'ancrage assure une orientation des conduites et des rapports sociaux. C'est l'enracinement social de la représentation. Ce processus comporte trois aspects essentiels qui permettront de saisir le fonctionnement des représentations sociales à plusieurs niveaux (Séca, 2001, p.66). Il montre que la représentation sociale fonctionne comme un processus d'interprétation : elle devient un système médiateur capable de réguler la relation sociale en proposant des répertoires, des typologies qui serviront à évaluer les événements et les conduites. La représentation sociale se constitue aussi en réseau de significations, révélateur de l'inscription sociale de l'individu, permettant de montrer les relations qui l'unissent à une culture donnée. Enfin, le troisième aspect est la fonction d'intégration : elle insère les représentations sociales dans des systèmes de pensée déjà présents. L'ancrage permet donc de comprendre comment s'effectue l'intégration de ce savoir nouveau dans un système donné ainsi que la redistribution des éléments en interaction, c'est-à-dire l'assimilation de la nouveauté (Jodelet, 2003, p.382). L'ancrage permet ainsi de faire un usage quotidien de la représentation sociale.

Dans ce sens, toute représentation apparaît comme un processus dynamique au travers duquel s'opère une reconstruction sociale du réel ; elle fonctionne comme un « univers d'opinions » (Deschamps et Moliner, 2008, p.121) qui comporte des formes d'expressions extrêmement variées.

Pluralité des orientations et choix

Plusieurs approches théoriques se dégagent de l'ensemble des recherches entreprises :

- une approche ethnographique avec Jodelet,
- la théorie du noyau central, rattachée à « l'école d'Aix » avec Abric, Flament, Moliner et Rouquette,
- la théorie des principes générateurs de prises de position, rattachée à « l'école genevoise » avec Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi,

- la théorie dialogique de Marková.

La théorie du noyau central découle des travaux d'Abric et de Flament. Il s'agit d'une approche structurale. Les représentations sociales sont conçues comme des structures cognitives hiérarchisées en éléments centraux (indispensables au fonctionnement et à la pérennisation des représentations) et éléments périphériques (plus individualisés et fluctuants, mais assurant l'interface entre cœur de la représentation et réalité sociale). Ces structures représentationnelles sont consensuelles et susceptibles d'évoluer avec le temps et au gré des mutations sociales. *A priori*, les transformations s'opèrent à partir de la périphérie représentationnelle et sous l'influence *quasi* exclusive des pratiques sociales.

La théorie des principes organisateurs des représentations sociales se situe dans la lignée des travaux de Clémence, Doise et Lorenzi-Cioldi, en 1994. Le matériau de base des représentations (opinions, attitudes, préjugés...), de nature individuelle, est régi par des principes organisateurs communs à des groupes d'individus, lesquels principes ne sont pas indépendants des insertions sociales de ces groupes. Les représentations sociales sont définies comme « des principes générateurs de prises de position liés à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports » (Doise, 1986, p.85). Cette théorie met l'accent sur la fonction sociale des représentations. Et c'est dans les échanges, les interactions, les communications entre les individus que ceux-ci construisent leur opinion, leur point de vue. La représentation dit « quelque chose » de la place de son énonciateur dans un groupe social donné : le point de vue qu'il donne dit la place qu'il occupe. Cette approche non consensuelle recherche ce qui, dans les données, correspond à des variations dans les positions individuelles. C'est pour approcher au mieux ces variations que Doise allie à la mise au jour du contenu des représentations une analyse selon quatre niveaux d'analyse : intraindividuel, interindividuel, positionnel et idéologique.

Enfin, l'approche dialogique de Marková énonce que les représentations sociales s'élaborent au cours de discours, sont produites lors d'échanges avec un alter : individu, groupe, communauté ...

Ces deux dernières approches conçoivent les représentations sociales en interaction avec l'environnement social et construites dans un échange, un dialogue.

Nous avons fait le choix de l'orientation préconisée par Doise : les représentations sociales sont conçues dans une perspective non consensuelle et dans un mouvement historique, évolutif et dynamique, dans la lignée de Moscovici.

Doise (1986, p.85) insiste sur le fait que les représentations sociales génèrent des prises de position de l'individu, dans un certain contexte et selon certains rapports sociaux :

Les représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports.

Il souligne la proximité notionnelle avec la notion de l'*habitus* de Bourdieu : les notions de champ et d'*habitus* rendent compte de l'inscription de l'agent dans un champ dynamique et institutionnel. Ces notions sont tout à fait compatibles avec la description théorique des représentations sociales qui ne sont en rien déterminées.

La connaissance pratique du monde social que suppose la conduite « raisonnable » dans ce monde met en œuvre des schèmes classificatoires [...], schèmes historiques de perception et d'appréciation qui sont le produit de la division objective en classes (classes d'âge, classes sexuelles, classes sociales) et qui fonctionnent en deçà de la conscience et du discours. Étant le produit de l'incorporation des structures fondamentales d'une société, ces principes de division sont communs à l'ensemble des agents de cette société et rendent possibles la production d'un monde commun et sensé, d'un monde de sens commun. (Doise, 1986, p.87)

Pour Doise, la seule relation qu'il y ait entre représentations et appartenance sociales est celle de l'ordre de « l'existence de liens privilégiés ». Et une étude des représentations sociales se doit de mettre à jour autant « un savoir commun, [que] des principes organisateurs de positions individuelles par rapport aux points de repère fournis par ce savoir commun et [que] les ancrages de ces positions dans des réalités sociopsychologiques » (Clémence et *al.*, 1994, p.124). En outre, il insiste sur l'aspect non consensuel du processus de construction des représentations. À représentation sociale identique, leurs mécanismes d'élaboration diffèrent tant les individus ont des formes de classifications variées, propres à chacun, ces formes de classifications étant issues de leur *habitus* et tenant compte de leur position dans le champ social. Nous reconnaissons là l'auteur avec Moscovici de « Dissensions et consensus ».

Insistons sur la pluralité des processus et fonctionnements qui doivent être décrits au niveau de l'individu lors de l'élaboration de ses prises de position en fonction d'une insertion spécifique dans un champ social. Cette pluralité permet d'expliquer la variété des expressions individuelles d'une représentation sociale. (Doise, 1986, p.89).

Nous nous référerons dorénavant à cette conception dynamique des représentations sociales, inscrite dans l'historicité des individus.

Objets d'études des représentations sociales

Les objets d'études des représentations sociales sont divers : ils peuvent être des objets chargés idéologiquement (représentation de la politique, de la mondialisation, des villes, de la responsabilité éducative) ; des métiers : infirmière, gendarme (Luc, 2003), animateur, enseignant de STAPS, la personne déviante, assistante maternelle ; cibler des domaines

particuliers comme celui de la santé et étudier les représentations de l'hôpital, de l'infirmière, les infirmières scolaires, la rencontre thérapeutique, de certains soins infirmiers comme « le tour infirmier ».

Les représentations sociales de jeunes lycéens sur trois objets (politique, droite et gauche) ont été étudiées dans une perspective longitudinale : de l'entrée en seconde à la fin de la scolarité en terminale. (Larrue, Bonardi et Roussiau, 2000). Par un recueil associatif, les auteurs ont pu mettre en évidence une complexification de la représentation de la politique dans le temps, la mise à jour de nouveaux aspects de représentation de la droite et l'infléchissement de la représentation de la gauche.

La représentation de la mondialisation a fait l'objet d'un dossier, regroupant différents cadres théoriques et différentes méthodes (Viaud, 2007). Une étude portant plus précisément sur les appartenances nationales et les prises de position sur la mondialisation (Poeschl et *al.*, 2007, p. 11) faisait référence à la méthodologie proposée par l'école de Genève, le recueil de données s'effectuant dans une première partie par questionnaire. Un lien pourrait être mis en évidence entre l'évolution de certains pays (rang donné par le Programme des Nations-Unies pour le Développement) et le degré moyen d'avis favorable des groupes nationaux.

La ville étant un espace de socialisation privilégiée, l'étude des représentations construites à propos de la ville de Nice montre leur dépendance à la biographie du citoyen. (Pittolo, 1996). L'auteur souligne que la familiarisation des habitants avec la ville, leur ancienneté, influence la représentation qu'ils ont de leur ville : « c'est l'équilibre entre ce que le sujet perçoit du passé [...] et ce qu'il imagine du futur qui donne corps à la représentation. » (Pittolo, 1996, p.95). La méthodologie suivie dans cette étude fait référence à la théorie du noyau central de l'école d'Aix.

Pour étudier la représentation sociale de la responsabilité éducative, Molinari et Speltini (2007) font référence à la perspective dialogique de Marková, approche centrée sur la dialectique entre Ego et Alter. Le recueil de données a été réalisé par entretiens de groupe composé de trois à six personnes. Les auteurs notent une perte du sentiment de la communauté au profit du culte de l'individu ; d'autre part, la responsabilité représente un objet social qui obtient un net consensus quant à ses aspects relationnels et normatifs. (Molinari et Speltini, 2007, p.112).

Les travaux de Guimelli (1988, p.125) sur le métier d'infirmière ont montré que le fait de changer de pratiques (investir plutôt leur rôle autonome, « propre », que leur rôle prescrit) a modifié les représentations de leur métier.

2.3.2 Des représentations sociales aux représentations professionnelles

2.3.2.1 Représentations et formation

Quel est l'intérêt d'appréhender les représentations sociales des étudiants en formation initiale ? Dans un contexte de formation, connaître les représentations permet de comprendre les acteurs, intérêt majoré dans une formation en alternance qui s'adresse à des adultes. Les représentations sociales sont le « passage obligé » pour que s'effectuent de nouvelles constructions personnelles, qu'elles soient perçues comme des obstacles, des freins à l'apprentissage, ou comme un socle sur lequel l'étudiant va bâtir de nouvelles connaissances. (Clenet, 1998, p.69). La formation est un dispositif qui permet de questionner les manières habituelles de saisir la réalité (Hubert et Poché, 2011, p.31).

S'intéresser aux représentations sociales des étudiants en soins infirmiers, c'est se pencher sur la manière dont ils construisent la réalité dans une perspective constructiviste, en cohérence avec le paradigme socio-constructiviste mis en avant dans le référentiel de formation de 2009.

Apprendre, c'est changer ses représentations, prendre part à un phénomène actif qui tient moins de la découverte (dans le sens du dévoilement platonicien) que de l'invention (dans le sens d'une élaboration, d'une construction) d'un « être au monde » : « On peut voir les représentations sociales comme système de pensée créant l'interface entre l'homme et son environnement [...], entre chacun d'entre nous et son rapport au monde. » (Clenet, 1998, p.81).

Le concept des représentations sociales est quasiment devenu « un paradigme éducatif » (Zaoui-Denoux, 2003, p.24) devenu pertinent pour l'analyse des situations de formation, soulignant l'influence de l'expérience vécue en formation : Zaoui-Denoux fait l'hypothèse de la construction, à côté de celle du métier, d'une représentation du dispositif de formation lui-même qui permet la contextualisation.

Pour pouvoir approcher les représentations que se font les étudiants infirmiers de leur future profession et les processus à l'œuvre dans la construction de leur identité professionnelle, nous devons comprendre le contexte professionnel dans lequel ils évoluent et dont ils font partie. Il convient donc de se pencher sur les évolutions, les transformations de ce contexte, d'en repérer les mutations et les tensions qui l'agitent aujourd'hui, car les représentations professionnelles sont marquées par le contexte professionnel dans lequel elles se construisent : « Les représentations professionnelles recueillies sont spécifiques à un contexte professionnel qui leur donne sens et qu'elles signifient en retour » (Blin, 1997, p.81).

Le concept de représentations sociales s'est déployé largement dans le champ de la psychologie sociale et de nombreux travaux ont été initiés dans des domaines divers. Dans celui de la santé, c'est en 1969 que Claudine Herzlich publie son étude sur les représentations sociales de la santé et de la maladie.

Depuis les années 1980, certains chercheurs se sont orientés plus particulièrement vers l'étude des représentations en milieu de travail. Comme pour les représentations sociales, la notion de représentation professionnelle est polysémique. Les représentations professionnelles ont été étudiées par de nombreux auteurs cités par Blin (1997, p.79) qui en ont donné des définitions différentes que l'on peut classer selon deux axes. Pour certains, il s'agit de la représentation sociale d'un objet « métier » construite par n'importe quelle personne n'étant pas impliquée dans les rapports de travail. Tout le monde a une représentation de l'enseignant, du pompier, sans pour autant exercer ces métiers. Pour d'autres au contraire, ce sont bien des représentations sociales liées au rôle professionnel ou à la fonction exercée, « la spécificité des représentations [dépendant] de la nature sociale des sujets et des caractéristiques de la situation d'interaction. »

Cette façon d'appréhender les représentations sociales a été reprise par Bataille (2000, p.185) qui définit ainsi le concept de représentations professionnelles, c'est-à-dire des représentations que se font des personnes d'un métier qu'elles exercent: « les représentations professionnelles sont des représentations (sociales) que construisent les acteurs de leur activité professionnelle, en différence avec les représentations sociales (non professionnelles) que peuvent avoir formées de cette activité les acteurs sociaux qui ne sont pas professionnels. » Les représentations professionnelles sont sociales et signifient par là des identités professionnelles partagées et construites au cours de la socialisation professionnelle.

Blin (1997, p. 80) a étudié le passage des représentations sociales aux représentations professionnelles chez des enseignants de lycées agricoles. Pour lui, « les représentations professionnelles sont des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelles (interagir et interrégir) et sont spécifiées par des contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles ». Ce type de représentations subit l'influence du milieu socio institutionnel. Les représentations professionnelles protègent l'identité professionnelle et en sont l'indicateur, la grille de lecture. « Les études des représentations professionnelles permettent donc d'accéder aux identités professionnelles entendues comme des processus dynamiques » ainsi que le souligne Dubar (2000, p.186).

Les représentations professionnelles assurent de manière spécifique les quatre fonctions essentielles des représentations sociales. Elles participent à la construction d'un savoir professionnel, produit dans le contexte de l'activité professionnelle. Elles définissent les identités professionnelles et protègent la spécificité des groupes intra et interprofessionnels. Elles orientent les conduites et guident les pratiques professionnelles. Enfin, elles permettent *a posteriori* de justifier les prises de position et les pratiques professionnelles.

2.3.2.2 Les représentations socioprofessionnelles

Frayse (2000, p.672) élabore le premier le concept des représentations socioprofessionnelles dans son étude sur les élèves ingénieurs en 1996. Il précise bien que ce ne sont pas des représentations sociales car les acteurs sont entrés dans le système de formation et leur métier leur est déjà un peu familier ; ni des représentations professionnelles n'ayant pas encore intégré le milieu professionnel et réellement pratiqué leur futur métier. Il définit ainsi les représentations socioprofessionnelles :

[Elles sont] un ensemble organisé d'informations se référant à un rôle professionnel et comportant des schèmes qui expriment une pratique. Elles précèdent l'action professionnelle et expriment les reconstructions que le sujet effectue à partir d'éléments connus à un moment de la formation. Les représentations socioprofessionnelles constituent le premier degré initiatique d'engagement du sujet dans un champ professionnel.

Ce que Bataille (2000, p.185) résume bien sans perte de sens : « Quand il obtient le ticket d'entrée - pour lui, dans sa tête - dans une partie d'un dispositif qu'il considère comme professionnalisant, quel que soit ce dispositif, il entre dans un processus de construction de ce que [Frayse] a appelé des représentations socioprofessionnelles [...]. »

Ce concept est intéressant pour notre objet d'étude : dans une perspective à la fois dynamique et diachronique, les représentations des étudiants infirmiers évolueraient, se transformeraient du début à la fin de leur formation. Cela nécessite de la part de l'étudiant un déplacement sur l'axe temporel, dans le registre professionnel.

C'est donc par la saisie de représentations que l'on peut mieux comprendre la construction des identités. Si les représentations sociales sont de véritables systèmes d'interprétation de l'environnement social (Moliner, 1996, p.6), elles ont plusieurs fonctions dont une fonction identitaire : le sujet ou le groupe préserve ses propres caractéristiques, les représentations sociales contribuant ainsi à l'élaboration de l'identité sociale.

Le travail de Jouet Le Pors (2004) étudie l'évolution, au cours de la formation, des représentations sociales des étudiants infirmiers concernant la profession. Ce travail se base

sur la conception structurale d'Abric. Il n'aborde pas la construction de l'identité professionnelle mais cherche à délimiter les éléments constitutifs du noyau central et ceux du système périphérique. Les résultats de cette étude montre une évolution des éléments du noyau central au fur et à mesure de l'avancée dans la formation : l'émergence d'éléments en lien avec « trois capacités qui mettent en relation des savoirs, des savoirs-faire et des avoirs-être qui appartiennent à la compétence de l'infirmière et qui définissent son champ d'autonomie et son niveau de qualification » (Jouet Le Pors, 2004, p.86). Portant sur la même cohorte d'étudiants (27 étudiants de la promotion 2000-2003), cette étude longitudinale se déploie dans le temps en huit étapes selon le schéma suivant : début et milieu d'année en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année, dernier jour de la formation et 18 mois après la fin de la formation.

Le passage des représentations sociales aux représentations socioprofessionnelles n'est pas brutal, n'est pas une transformation radicale et brève, mais plutôt la résultante d'une porosité entre les deux domaines. Selon le contexte relationnel dans lequel l'individu se trouve (entre pairs ou entre professionnels et naïfs), il va mobiliser et adapter les formes des discours et les éléments des représentations sociales à son auditoire (Lac et *al.*, 2010, p.138).

Les représentations socioprofessionnelles sont conçues à la fois comme en interaction avec les pratiques professionnelles et comme « un lieu d'incorporation de la culture professionnelle propre au groupe d'appartenance et de référence et intervenant dans la socialisation et dans la construction des identités professionnelles » (Blin, 1997, p.54). Se définir comme étudiant infirmier de tel IFSI s'appuie sur une représentation du métier partagée par les membres du groupe.

En tant que savoirs pratiques de sens commun, les représentations sociales ont entre autre une fonction d'identification sociale et individuelle. Comme le souligne Moscovici, les représentations sociales contribuent essentiellement au processus de formation des conduites et d'orientation des communications sociales. Cependant, par leur rôle joué dans la construction de la réalité, en tant qu'elles forment un système symbolique, les représentations sociales ont également une fonction référentielle qui se traduit par des processus de catégorisation et attribution et qui joue un rôle prépondérant dans l'identification sociale et individuelle. Les représentations sociales jouent donc un rôle déterminant dans les productions identitaires.

2.4 Les relations intergroupes et la catégorisation sociale

Quand un individu appartient à un groupe professionnel et, se faisant, construit son identité professionnelle, il partage les représentations socioprofessionnelles du métier et

instaure des relations discriminantes avec les autres groupes de son environnement (Moliner, 1996, p.53). Ainsi, dans notre travail, l'objet de la catégorisation sociale n'est pas la représentation du métier mais celles des autres groupes sociaux de l'environnement des étudiants infirmiers, c'est-à-dire des autres IFSI, considérés comme des exogroupes.

2.4.1 Délimitation de la notion

La philosophie étant « science première », ce sont les philosophes qui se sont penchés les premiers sur la notion de catégorie et de catégorisation (les prédicats aristotéliens) puis les sociologues. « Pour les êtres humains, la catégorisation est principalement un moyen de comprendre le monde » (Lakoff et Johnson cités par Ogien, 1994, p.255).

Puis les sociologues ont porté leur intérêt sur les définitions et l'usage des catégories. Déjà, Durkheim insistait sur le fait que l'expérience qui fonde les catégories de pensée est collective, « étant la quintessence des « représentations collectives » construites dans et par (et même un certain sens à *propos de*) la conscience collective » (Collins, 1994, p.50). Une enquête qui voudrait étudier les catégories ne peut se concevoir que comme une étude du discours, celui-ci étant examiné « dans sa prétention à dire ce qui est » (Bourdieu, 1993, p.81).

Sacks appréhendait les catégories et le travail de catégorisation comme formés par le contexte :

Les catégories ne doivent pas être traitées comme situées 'dans la tête', appelant par exemple à des opérations psychologiques ou cognitives. Elles correspondent plutôt à des ressources culturelles utilisables par tous les membres d'une société ; [...] elles constituent une sorte de 'boîte à outils' utilisable pour donner un sens culturellement standardisé aux situations (Watson, 1994, p.153).

Le processus de catégorisation, quant à lui, a été défini par Bruner dans le domaine de la psychologie et des perceptions. Il s'adresse alors à l'environnement physique : choses, matières inanimées. Ce que nous percevons constituent des indices à partir desquels nous inférons l'appartenance de l'objet à une catégorie pré construite, existante au préalable. Puis ce concept a été repris par Tajfel qui l'a appliqué à l'environnement social, aux personnes, aux groupes que nous côtoyons ou auxquels nous appartenons. La catégorisation sociale a pour but d'analyser les stéréotypes, les préjugés et les processus de discrimination. La situant d'emblée dans une approche cognitive, Tajfel relie catégorisation sociale et identité sociale dans sa théorie de l'identité sociale (dorénavant TIS).

Il n'est pas anodin que ce soit Tajfel, émigré de l'Europe de l'Est après la seconde guerre mondiale à Bristol, qui essaie d'expliquer pourquoi les êtres humains peuvent avoir les uns envers les autres des conduites hostiles voire destructrices, racistes. La notion de catégorisation sociale apporte un regard neuf sur les comportements discriminatoires entre groupes, sur les stéréotypes, les préjugés.

Dans son étude sur les comportements discriminatoires et racistes, Tajfel cherche une troisième voie entre l'utilitarisme de Shérif qui explique la discrimination intergroupe comme comportement servant les intérêts des individus et la conception psychanalytique d'Adorno qui considère les comportements discriminatoires tels que le racisme comme relevant de la pathologie mentale. Il rapproche le processus de formation des stéréotypes sociaux des phénomènes de perception qu'il avait étudiés auprès de Bruner (La Haye de, 1998, p.3).

Aballéa résume les deux approches de construction des catégories:

- l'approche aristotélicienne : elle cherche à retrouver l'essence des choses derrière leur substance concrète ; se basant sur le principe d'équivalence, le processus de catégorisation regroupe tous les objets qui remplissent les conditions nécessaires et suffisantes pour appartenir à la même catégorie ; l'issue est la construction d'un prototype, meilleur représentant de la catégorie considérée.

- l'approche kantienne : la catégorisation s'effectue non à partir de la réalité mais à partir de catégories transcendantes qui structurent notre perception et notre connaissance de la réalité ; c'est une approche déductive, partant de nos catégories mentales, de nos représentations ; de là, il s'agit de la construction d'un stéréotype, « c'est-à-dire une image singulière propre aux représentants de telle culture ou de tel groupe social qui ne sera pas nécessairement partagée par d'autres groupes. » (Aballéa, 2000, p.72).

2.4.2 Définitions

De La Haye (1998, p.5) parle de catégorisation des personnes plutôt que de catégorisation sociale, celle-ci se référant, pour elle, préférentiellement à la théorie de l'identité sociale de Tajfel ; la première expression englobe et dépasse la seconde.

La catégorisation s'adresse à des objets, la catégorisation sociale aux individus de notre environnement social. La catégorisation sociale est un concept défini par Tajfel (1972, p. 272, souligné par l'auteur) :

Par catégorisation, on entend ici les processus psychologiques qui tendent à ordonner l'environnement en termes de catégories : groupes de personnes, d'objets, d'évènements (ou groupes de certains de leurs attributs), en tant qu'ils sont soit semblables soit équivalents les uns aux autres pour l'action, les intentions ou les attitudes d'un individu.

C'est un outil cognitif qui divise, classe et ordonne l'environnement social. Il permet à l'individu d'entreprendre de nombreuses formes d'action sociale. De plus, il crée et définit la place de l'individu dans la société. Cette explication est résolument intra-individuelle (La Haye de, 1998, p.27).

La notion de catégorisation sociale va de pair avec la théorie de l'identité sociale de Tajfel qui se situe dans le champ de la psychologie cognitive. Cette théorie se penchait sur le

rôle joué par la catégorisation dans le comportement social. La distinction des quatre étapes de cette théorie a été présentée par Vinsonneau qui précise que « la catégorisation sociale ne concerne pas seulement autrui, car chacun se catégorise lui-même et catégorise les événements qui le concernent » (2002, p.33).

Le stéréotype a été défini par Lippman en 1922 comme « des images dans nos têtes » et correspond à des clichés informatifs (Vinsonneau, 1999, p.222). À l'instar des représentations sociales, ils nous font voir la réalité sociale telle que nous croyons qu'elle est. La définition contemporaine énonce qu'« un stéréotype est l'ensemble des croyances d'un individu relatives aux caractéristiques ou aux attributs d'un groupe » (La Haye de, 1998, p.10). Ils font réaliser des économies d'énergie cognitive en tant que descripteurs d'autrui et de prescripteur de comportement. Ce sont des informations catégorielles, des croyances partagées par un groupe à propos des caractéristiques de personnalité de l'ensemble d'un groupe (Leyens et Yzerbyt, 1997, p. 43). Dit autrement, « le stéréotype est une représentation relativement indifférenciée des membres d'un groupe ; [...] il définit le groupe concerné comme constituant une entité homogène » (Beauvois, Deschamps et Shadron, 2005, p.24). Enfin, « le stéréotype caractérise la position de ceux qui l'énonce vis-à-vis des groupes catégoriels cibles » (Baugnet, 1998, p.71) ; ils sont des représentations des groupes sociaux (Baugnet, 2001, p.33).

Le préjugé est une opinion non fondée, une idée considérée comme exacte sans information ni réflexion suffisantes. Le préjugé est connoté péjorativement. Comme attitude envers une catégorie de personnes, le préjugé, selon Deschamps et Beauvois, possède les aspects de toute attitude (La Haye de, 1998, p.11). Tout d'abord, l'aspect conatif, c'est-à-dire la prédisposition à agir d'une certaine façon envers les membres de la catégorie. Puis l'aspect affectif, c'est-à-dire les réactions émotionnelles provoquées par l'évocation ou la présence des membres de la catégorie. Enfin, l'aspect cognitif, les croyances du sujet relatives à cette catégorie et à ses membres. Ce dernier aspect constitue le stéréotype de la catégorie. Alors que le stéréotype se fonde sur l'appartenance ou non à une catégorie, le prototype se base sur le degré dans l'appartenance : les prototypes sont ainsi les éléments les plus exemplaires de la catégorie (Baugnet, 1998, p.71).

2.4.3 Catégorisation sociale et représentation sociale

Le lien entre catégorisation sociale et représentation sociale a été énoncé d'emblée par Abric pour qui toute représentation sociale comporte trois éléments fondamentaux : un système central, un système périphérique et un système de catégorisation. En le découpant et

en l'ordonnant, ce système de catégorisation permet de réduire la complexité de l'environnement afin de mieux le comprendre et mieux le maîtriser (Rosa *et al.*, 2011, p.255). Même s'il est envisagé dans une perspective structuraliste et cognitiviste, le processus de catégorisation est intimement lié au processus représentationnel : se représenter un objet, c'est d'abord le classer, l'ordonner, l'assigner dans une catégorie préexistante.

Augoustinos rappelle qu'historiquement les catégories sociales comme les stéréotypes ont d'abord été définis comme étant de nature partagée, consensuelle et collective. Puis, l'approche cognitive est devenue prédominante.

Cette auteure relie le processus de catégorisation à celui de l'ancrage dans les représentations sociales : les objets sociaux nouveaux nous sont rendus familiers par la comparaison avec des catégories disponibles, « déjà là ». Ces deux processus sont autant l'un que l'autre les résultats « d'une activité collective et idéologique modelée par le pouvoir et les relations sociales dans un moment historique particulier. Les catégories de comparaison et de classification proviennent de la vie sociale et culturelle de l'individu dont la propre expérience est enracinée dans les traditions de la collectivité » (Augoustinos, 2001, p.207, trad. pers.).

2.4.4 Fonctions de la catégorisation sociale

L'individu se voit muni d'une identification sociale du soi par son appartenance aux groupes sociaux. La survie autant pour l'individu que pour le groupe social est tributaire de ce phénomène de catégorisation : la complexification de l'environnement, la structuration des groupes sociaux nécessite de catégoriser. La catégorisation participe à la formation d'impression car nous sommes sensibles à la similitude (Leyens et Yzerbyt p.37) .

Pour Vinsonneau, la catégorisation est une opération fonctionnelle pour le sujet percevant : elle lui permet d'opérer l'économie de la découverte de l'environnement et d'en maîtriser les événements, tout en maintenant stable et cohérente l'image de cet environnement : « lorsqu'il s'agit d'autrui, la catégorisation définit habituellement un groupe social à partir d'un critère, par exemple ethnique, dont le choix s'accompagne de conséquences extrêmement importantes. L'analyse de ces classes d'éléments relève de caractères constants : l'égocentrisme, la simplification, la condensation et la rigidité dont le stéréotype fournit la meilleure illustration » (1999, p.33).

La catégorisation a plusieurs fonctions : simplification des informations par le fait de recourir à des catégories rassemblant un nombre important d'objets ou d'informations, maintien de l'apprentissage malgré la confrontation à une information nouvelle, guide pour l'action et, comme le soulignent les auteurs, la fonction principale d'ordre et signification. Les

catégories sont reliées les unes aux autres pour former un tout cohérent. « Nos catégories organisent notre connaissance de l'univers et nous permettent d'aller plus loin que le simple fatras d'informations auquel nous sommes confrontés. » (Leyens et Yzerbyt, 1997, p.39).

Mais la catégorisation sociale simplifie-t-elle le réel ou l'enrichit-elle plutôt (La Haye de, 1998, p.31) ? Certains auteurs comme Medin, faisant référence au concept d'entitivité de Campbell, avancent au contraire que la catégorisation n'est pas une façon de résoudre un problème d'excès d'information : elle en ajoute » (Cité par Beauvois, Deschamps et Shadron, 2005, p.25).

2.4.5 Les processus de catégorisation sociale

La catégorisation sociale, en deçà des fonctions précitées, a comme objectif de faire la distinction entre l'endogroupe et l'exogroupe (Beauvois, Deschamps et Shadron, 2005, p.15), distinction à la base de la construction de l'identité sociale. Se faisant, elle se place au niveau positionnel des niveaux d'explication de Doise : ce niveau énonce que les positions sociales occupées par les sujets dans le réseau de leurs relations sociales « expliquent la façon dont ils délimitent leur identité et la teneur de celle-ci » (Bagnet, 1998, p.65).

Pour opérer la distinction entre endogroupe et exogroupe, la catégorisation sociale s'appuie sur trois processus essentiels, souvent qualifiés de biais en psychologie sociale (Salès-Wuillemin, 2005a). Plutôt que des biais à rectifier, ou des erreurs à combattre, Vinsonneau propose de les concevoir comme « des objets à éclairer » (Vinsonneau, 2002, p.207). Nous parlerons donc en termes de processus.

Il existe plusieurs modes d'organisation possible des catégories de personnes (La Haye de, 1998, p.49). Nous allons aborder le processus d'accentuation issu de l'expérience princeps de Tajfel, le processus discriminatoire qui amène la notion de favoritisme endogroupe et le processus d'homogénéité qui nuance et rend compte de la variabilité dans les comportements des individus.

2.4.5.1 Le processus d'accentuation

Ce processus a été mis en évidence par Tajfel et Wilkes (1963) dans leur expérience sur la perception de stimuli visuels, en l'occurrence la longueur de traits.

Il s'agit du processus qui consiste à accentuer, surestimer les ressemblances de l'endogroupe ainsi que les différences avec l'exogroupe (La Haye de, 1998, p.14). Ces deux mouvements sont dissociés en processus d'assimilation (surestimation des ressemblances intracatégorielles) et processus de contraste (surestimation des différences extracatégorielles) (Salès-Wuillemin, 2005b, p.39).

Ce processus permet de confirmer la similitude entre les phénomènes de catégorisation des objets et de catégorisation des personnes, mais n'explique pas pourquoi les individus mettent en place des fonctionnements discriminatoires.

2.4.5.2 Le processus de discrimination

Le favoritisme pro endogroupe

Pour répondre à cette question, Tajfel met en œuvre son étude sur les groupes minimaux et les préférences des membres de deux groupes entre deux peintres abstraits, Klee et Kandinsky.

Les travaux de Tajfel montrent que la catégorisation sociale en soi, par la seule conscience de la présence d'un exogroupe, est suffisante pour développer un favoritisme pro endogroupe c'est-à-dire suffisante pour provoquer un comportement compétitif ou discriminatoire vis-à-vis de l'exogroupe. Ces identifications sont relationnelles et comparatives, dans le sens où l'individu est comparé aux membres d'autres groupes. Tajfel et Turner définissent alors le concept d'identité sociale comme « les aspects de l'image de soi d'un individu qui dérivent des catégories sociales auxquelles il se perçoit comme appartenant ». Par l'exercice de ce favoritisme endogroupe, l'individu vise à maintenir une identité sociale positive. Ce phénomène est le noyau de la théorie de l'identité sociale (TIS) (La Haye de, 1998, p.25).

Le favoritisme endogroupe sous-entend une distinction, une compétition entre les groupes. Cette conception a été remise en question. Les études de Tajfel, puis de Turner, sur l'auto catégorisation se verront critiquées sur le point suivant : le groupe mis en présence ne rentre pas forcément en opposition, en confrontation. Et cette non confrontation n'entraîne pas *ipso facto* une sorte de « dilution » du groupe. Il peut exister des situations où les groupes vont se rapprocher plutôt que chercher à se distinguer (Lemaine, 1979, p.192) Cette position de Lemaine fait suite à celle de Sherif et Sherif sur la coopération dans le groupe.

Les appartenances croisées à plusieurs catégories

L'individu appartient à un réseau de catégories, catégories qui peuvent se croiser : cela renvoie à la pluralité des inscriptions sociales, des appartenances groupales des personnes. Cette multi appartenance est en mesure d'atténuer, d'affaiblir la différenciation catégorielle, la discrimination entre endo et exogroupe. Il existe des situations de catégorisation simple : de manière objective ou au niveau de la représentation de la situation, il y a une dichotomie radicale entre la catégorie d'appartenance de la personne et l'autre catégorie ; et des situations de catégorisation croisée.

Deschamps et Doise (1979, p.294) en appellent à la vision anthropologique des groupes de Jaulin pour lequel le groupe autre est perçu d'une manière positive comme complémentaire du soi, bien qu'en étant différent. Étudiant la tribu *bari* du Venezuela, ce dernier remarque qu'il existe un entrecroisement entre les « gens du soi » (l'endogroupe) et les « gens de l'autre » (l'exogroupe), permettant ainsi l'exogamie. Cet autre ne sera pas déterminé d'emblée comme un non soi mais d'abord comme complémentaire.

La confrontation mise en œuvre dans la plupart des études mettent en « face-à-face » deux groupes seulement, du moins sans faire ressortir les appartenances communes. Or, cette multiappartenance affaiblit le processus de différenciation catégorielle. « L'introduction d'appartenances communes ou le fait de les rendre saillantes affaiblit, en accord même avec le modèle de la différenciation catégorielle, la discrimination entre groupes. » (Deschamps et Doise, 1979, p. 325).

Une autre critique est celle de la binarité des appartenances. Les études expérimentales sur la catégorie sociale mettaient alors des sujets en situation qui pouvait être qualifiée de binaire dans le sens où les situations de rencontre sont élaborées de façon à ce que l'appartenance à un groupe exclut celle à un autre groupe. Il n'existe que deux catégories sociales dans un système social réduit au strict minimum. C'est la catégorie des autres qui fournit ainsi une identité sociale, donnant un sens à cette situation qui, selon Tajfel, « autrement serait vide ». Deschamps et Doise qualifient ce genre de situation comme « presque kafkaïenne ».

L'influence du contexte

Dans son expérience de 1972, avec des apprentis et des collégiens du même âge (entre 15 et 17 ans), Doise souligne l'importance du contexte dans lequel les personnes vivent, sans interaction les unes avec les autres. Les apprentis ont fini leur scolarité obligatoire et sont en apprentissage d'un métier tout en suivant des cours du soir ; les collégiens se préparent à rentrer à l'université. La variable du genre n'a pas été explorée. Les deux groupes se situent tous les deux du côté du pôle favorable sur la dimension ethnocentrique mais divergent sur la dimension sociologique ou socio-économique. Chez les jeunes apprentis, la « pesanteur sociologique » s'oppose à la surévaluation ethnocentrique. L'effet des différentes conditions de rencontre, fixées par le protocole d'étude, ne sera pas le même pour les membres du groupe socialement privilégié et pour ceux du groupe moins privilégié. Ceux-ci, se trouvant dans une situation moins univoque, réagiront d'une manière plus variée entre eux, vis-à-vis des différentes manipulations expérimentales (Doise, 1979, p. 277).

En fonction du statut social des groupes, en particulier selon leur positionnement dans le continuum dominants/dominés, une distinction va émerger entre identité sociale personnelle et identité sociale collective (Lorenzi-Cioldi, 1988).

Deschamps et Doise réfutent l'idée avancée par Billig et Tajfel que « la signification [de cette identité sociale] exercerait plus d'effet dans des situations sociales réelles ». Pour eux, « l'environnement social (ou la représentation que l'individu en a), n'est pas toujours uniquement composé de son groupe d'appartenance et d'un autre groupe, mais bien plutôt parfois d'un réseau de catégories qui ne sont pas simplement juxtaposées mais entrecroisées » (Deschamps et Doise, 1979, p. 295).

Les modes de catégorisation

Salès-Wuillemin (2005b, p.52), dans la lignée de l'approche précédente, énonce que le processus de catégorisation sociale permet au sujet de s'ancrer dans une réalité sociale en se positionnant par rapport à autrui comme étant semblable ou différent. Cet ancrage s'effectue par l'intermédiaire du discours. Au-delà du processus de centration sur la ressemblance ou la différence, elle étudie les critères sur lesquels la catégorisation est opérée. Le plus souvent les catégorisations sont construites selon la possession ou la non possession d'un ou de plusieurs traits. Il n'y a pas de nuance possible.

Cette auteure introduit la notion de degré de possession des traits. Et la spécificité de la catégorie s'effectue selon un changement de position, d'échelon de l'objet. La nuance est ici alors possible. Enfin, l'individu peut attribuer des valeurs différentes à ces traits. Pour modéliser ce processus, elle propose trois modalités de catégorisations qu'elle appelle « partitions ». Dépendant de la subjectivité du sujet, ces partitions ne s'excluent pas : le sujet, dans son discours, peut mobiliser une ou plusieurs partitions.

Dans la modalité ou partition binaire, l'opposition entre les catégories se fait sur un mode appartenance/non appartenance. L'appartenance à une catégorie exclut l'appartenance à l'autre ; c'est la distinction Nous/Eux. Par exemple, la discrimination entre les IFSI serait tranchée, nette en les séparant en deux ensembles distincts.

Lors de la partition scalaire, s'opère une hiérarchisation entre les catégories par rapport au degré de possession d'un critère en jeu. Par exemple, si le critère en jeu est le pouvoir, la distinction Nous/Eux se traduit par Supérieur/Inférieur. Concernant l'appropriation de la méthode de la démarche de soins (DDS), les étudiants en soins infirmiers d'un IFSI se diront en posséder une meilleure maîtrise que les étudiants d'un autre IFSI.

La partition bipolaire présente une opposition qui se fait selon l'octroi d'une valeur positive ou négative à la catégorie. Les étudiants peuvent connoter positivement certains traits, valeurs spécifiques de leur IFSI, comme par exemple, le type de prise en charge des patients ou le modèle conceptuel des soins infirmiers.

2.4.5.3 Le processus d'homogénéité

L'exogroupe est perçu comme plus homogène que l'endogroupe. Ce processus s'actualise quand des sujets ont à décrire les membres de l'endogroupe, ils peuvent recourir à un plus grand nombre de différences que lorsqu'ils ont à décrire les membres de l'exogroupe (Salès-Wuillemin, 2005b, p.41).

Des travaux font apparaître des résultats contradictoires. Notamment celui de Lorenzi-Cioldi sur la perception des sexes (1993) qui décrit un effet inversé : l'endogroupe est perçu comme plus homogène que l'exogroupe, mais uniquement pour les femmes. Les femmes occupant une position sociale plus basse auraient tendance à homogénéiser l'endogroupe, à la différence des hommes.

Selon la TIS, plus l'identité sociale est saillante, moins l'identité personnelle est importante ; et plus l'identité personnelle est saillante, moins le sujet a besoin d'une identité sociale forte (Beauvois, Deschamps et Shadron, 2005, p.16). Identité personnelle et identité sociale sont théorisées comme les deux pôles d'un continuum « soi-groupe ». Cette conception de Tajfel, reprise par Turner et sa théorie de l'autocategorisation (1981 ; Oakes, Haslam et Turner, 1999) a été critiquée par Deschamps qui élabore la théorie de la co-variation. L'individuel et le collectif ne sont plus deux pôles opposés, mais au contraire « deux constructions qui peuvent se manifester de manière concomitante » (Beauvois, Deschamps et Shadon, 2005, p.17). En résumé, l'augmentation de la discrimination entre soi et les autres membres du groupe d'appartenance peut s'accompagner d'une augmentation d'une discrimination entre les membres de l'endogroupe et ceux de l'exogroupe. Une différenciation intergroupe entraîne une différenciation envers les membres de l'endogroupe (Baugnet, 1998, p.87). Ce phénomène de co-variation est plus prégnant dans les groupes de haut statut que dans ceux de bas statut. Les membres d'un groupe qui se perçoivent comme privilégiés vont plus avoir tendance à se différencier des membres de leur groupe d'appartenance, alors que les sujets de groupes de bas statut mettent en œuvre préférentiellement le processus d'assimilation (Deschamps et Moliner, 2008, p.69-70).

Comme le souligne Augoustinos, ces travaux présentent des approches surtout cognitives de la catégorisation et de la perception sociale ; ils portent peu d'attention à la

nature symbolique, politique et idéologique des catégories sociales (Augoustinos, 2001, p.205, trad. pers.).

2.5 Formulation des hypothèses théoriques

Il s'agit d'appréhender la construction de l'identité professionnelle des étudiants infirmiers par les focales des représentations socioprofessionnelles de leur futur métier et de la catégorisation sociale qu'ils opèrent envers les exogroupes.

Le développement identitaire professionnel s'appuie sur des représentations socioprofessionnelles partagées, non consensuelles et dépendantes du contexte professionnel (Jodelet, 1989 ; Doise, 1986). Ces représentations, de sociales en début de formation, deviennent socioprofessionnelles en fin de formation (Fraysse, 2000). Elles se déploient et se modifient tout en étant dépendantes de l'environnement professionnel, y compris celui de la formation : les étudiants de 1^{ère} année, déjà plus profanes mais pas encore experts, auraient des représentations du métier différentes de celles de leurs pairs de 3^{ème} année. D'autre part, le contexte ou environnement professionnel, par les valeurs ou les normes qu'ils véhiculent influencent la structuration de ces représentations.

Enfin, le processus de catégorisation sociale vise à simplifier l'environnement social complexe, et ce faisant à l'appauvrir en nuances de significations. Un jeune adulte entrant en formation initiale perçoit son environnement comme éminemment complexe : que ce soient l'apprentissage à l'IFSI, les exigences institutionnelles, les stages avec leurs rencontres avec les malades et les équipes soignantes, leur interrogations concernent des situations éprouvantes émotionnellement. Un monde inconnu s'ouvre devant lui. Au fil de la formation, à la mesure de son expérience, les processus de catégorisation sociale se déploient afin d'initier la distinction entre lui et ses collègues d'IFSI, entre lui et les autres étudiants des exo-IFSI. Concernant plus particulièrement le processus de discrimination, les modalités de la catégorisation se modifient : la partition binaire, saillante en début de formation, peut laisser place à d'autres modalités, scalaire et/ou bipolaire. Binaire en début de formation car la catégorisation est grossière : « Nous » et « Eux ». Puis il y aurait une complexification du processus ; les modalités peuvent être scalaires car le processus est plus subtil (tous les groupes possèdent le même critère, mais plus ou moins complètement, certains facteurs sont moins acquis que d'autres) et/ou bipolaires, car le jugement se fait selon des valeurs qui peuvent ne pas être que professionnelles.

En nous étayant sur la problématique que nous venons de développer dans ces deux premières parties, nous formulons deux hypothèses générales.

Les représentations socio professionnelles des étudiants infirmiers pendant la formation sont différentes selon les caractéristiques des étudiants (année, IFSI, promotion)

Les représentations socio professionnelles du métier sont différentes selon les IFSI d'appartenance, selon l'année de formation.

Le type de catégorisation sociale évolue au long de la formation

En 1^{ère} année, les modalités de catégorisation suivent une partition binaire, unimodale. Un favoritisme envers l'endogroupe est présent ;

En 3^{ème} année, les modalités de catégorisation évoluent vers des partitions scalaire et/ou bipolaire. Le favoritisme endogroupe est moins discriminant.

PARTIE 3 : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Avant d'aborder la méthodologie de notre protocole d'enquête, nous avons à interroger notre positionnement dans ce travail, le choix de notre objet de recherche qui n'est pas dû au hasard, notre posture en tension entre notre statut de formatrice en IFSI et notre de place de chercheure lors de l'enquête.

3.1 Une posture à interroger

D'emblée, notre choix d'effectuer nous-mêmes l'enquête sur le terrain a suscité chez nous des réflexions concernant notre positionnement dans ce travail et *in fine* sur notre posture. Notre fonction de cadre de santé formatrice ne risquait-elle pas d'être un frein, voire un obstacle à la libre expression chez les étudiants infirmiers ? Par positionnement, nous entendons la place quasi physique que nous imaginions occuper dans cette enquête ; par posture, l'attitude intellectuelle propice empreinte de valeurs de respect, d'éthique dans le rapport aux autres dans ce contexte.

Quentel (2007, p.16) présente les difficultés du chercheur dans une étude en sciences humaines. Il se démarque de la dichotomie posée par Dilthey et prône une complémentarité des deux méthodes, quantitative et qualitative, car pour lui il s'agit bien de prendre « l'humain comme objet de science ». De ce fait, le chercheur n'a pas à s'interroger sur les moyens, les astuces, des techniques lui permettant de détourner ou de réduire le biais de sa seule présence, mais plutôt à considérer que sa présence contribuera, en lien avec celles des enquêtés, à l'investigation de l'objet de recherche. Le fait que ces objets de recherche sont des sujets pousse à investir d'autant plus une position éthique et déontologique vis-à-vis des sujets-enquêtés.

Notre proximité avec les terrains d'enquête a comme avantage de nous rendre familier le langage professionnel, d'être plus à même de percevoir ce qui dans les discours, dans les descriptions des organisations reste dans l'implicite. De ce fait, nous ne pourrions être facilement dans la distanciation comme le préconisent Beaud et Weber (2003, p.68) ; une façon de compenser cette difficulté est d'investir dès le début une posture éthique, que nous pourrions presque qualifier de double : en tant que chercheure et en tant que formatrice dans un IFSI.

La particularité de la situation d'entretien ainsi que les interactions sujets/chercheur sont à prendre en compte, car tout compte fait, même s'il s'agit d'une relation sociale, c'est une relation sociale artificielle (Bourdieu, 1993, p.904).

Notre position d'alter peut donner lieu à « représentations » : une position d'alter strict (Haas et Masson, 2006, p.80), c'est-à-dire une formatrice, voire évaluatrice, face à des étudiants en soins infirmiers ; ou une position d'alter ego, une professionnelle face à des professionnels en devenir, une étudiante doctorante face à des étudiants en formation initiale. À qui s'adressent les étudiants lors des entretiens ?

Enfin, nous ne devons pas oublier que le matériau recueilli est produit dans la situation d'échanges, dans l'interaction, et, inscrit dans l'historicité, il n'est pas « immuable » (Haas et Masson, 2006, p.79).

Nous pouvons envisager plusieurs biais possibles à l'œuvre dans ces situations d'enquête :

- un risque d'autocensure et de « bridage » du discours voire de la pensée des étudiants : du fait de notre statut. Cela peut être majoré par un biais de désirabilité sociale,

- découlant du point précédent, mais plus axé sur l'aspect de la profession : l'objet des entretiens étant la catégorisation dans la construction de l'identité professionnelle, notre appartenance à la profession d'infirmière (même si pour les étudiants elle est en devenir) ne risque-t-elle pas d'induire une sorte d'effet miroir ?

- une mise en œuvre de phénomènes inhérents à l'interaction lors des entretiens de transfert et contretransfert,

- l'assignation à une place et à un rôle de formatrice lors de la passation des questionnaires et lors des entretiens.

Pour réduire ces biais, nous envisageons rester le plus neutre possible et d'encourager les interactions entre pairs ; de nous positionner comme étudiante chercheur et non formatrice ; de nous engager à respecter l'anonymat pendant les entretiens et lors du dépouillement et analyse de données.

3.2 Le terrain de recherche

3.2.1 Les Instituts de Formation

L'objet de notre étude est le développement identitaire des ESI. Nous avons souligné l'influence du contexte, de son histoire, de ses valeurs, de ses normes dans cette construction. Le choix des IFSI par les étudiants est donc une donnée importante. C'est pourquoi il nous a paru cohérent avec l'objectif de notre travail de nommer les IFSI, lieux d'enquête non interchangeables, porteurs chacun d'une « culture » dans laquelle sont immergés les ESI dès le premier jour de leur formation, ou peut-être même le jour où ils viennent passer les deux épreuves du concours d'entrée.

Cette nomination des IFSI nous impose *ipso facto* le respect inconditionnel des ESI et des instituts et nous engage à soutenir et maintenir une posture éthique tout au long de notre enquête de terrain.

Il s'agit de quatre instituts de formation choisis dans deux départements distincts de la région Aquitaine :

- L'IFSI de la Croix-Rouge Française
- L'IFSI de Dax
- L'IFSI de Bagatelle (Florence Nightingale)
- L'IFSI de Pellegrin

Le choix des instituts est guidé par plusieurs critères afin de varier leurs caractéristiques (Tableau 6).

Le premier critère est la taille de la ville hébergeant l'IFSI : l'un est rattaché au Centre Hospitalier de Dax, sous-préfecture des Landes de 20.650 habitants ; les trois autres se situent dans la communauté urbaine de Bordeaux qui regroupe près de 500 000 habitants.

Le deuxième critère est celui du statut de l'IFSI, privé ou bien public ou assimilé : l'institut de la Croix-Rouge Française (CRF) est privé ; les trois autres sont publics ou participent au service public.

Le dernier critère est celui de l'effectif des promotions : il varie très sensiblement

Enfin, nous ne pouvons omettre que la faisabilité a été un critère de choix non négligeable : nous avons choisi l'institut de Dax à cause des facilités que nous avons pour joindre le directeur et certains membres de l'équipe pédagogique avec lesquels nous avons travaillé dans des groupes régionaux.

	Public ou assimilé	Privé	CUB	Ville moyenne	Effectifs 1 ^{ère} année	Effectifs 3 ^{ème} année
CRF		X	X		89	73
Dax	X			X	96	73
Bagatelle	X		X		105	98
Pellegrin	X		X		158	111

Tableau 8: Caractéristiques des différents IFSI

Nous avons débuté l'enquête en 2008 en testant le questionnaire et les guides des entretiens avec une promotion de 1^{ère} année et de 3^{ème} année de l'IFSI Pellegrin. Puis, nous avons réellement débuté l'enquête afin qu'au niveau des quatre IFSI:

- tous les ESI de 1^{ère} année soient soumis au référentiel de formation de 2009,
- tous les ESI de 3^{ème} année soient la dernière promotion du programme de formation de 1992.

Concernant les promotions de 3^{ème} année, les étudiants de Pellegrin sont les seuls qui aient fait leur rentrée en février 2007, les autres l'ont faite en septembre 2007. Tous les étudiants de 1^{ère} année ont fait leur rentrée en septembre 2009.

Nous allons présenter brièvement les quatre instituts de formations. Nous nous sommes référé pour la présentation des trois IFSI bordelais d'une communication faite lors des Journées du Patrimoine de septembre 2011 (Ricaud, 2011). Ces IFSI sont issus d'écoles d'infirmières créées à la fin du 19^{ème} siècle ou au début du 20^{ème} siècle ; par commodité, nous ne ferons pas cette distinction entre IFSI et École dans les présentations qui suivent.

L'IFSI de la Croix-Rouge est héritier de la Société de Secours aux Blessés Militaires (SSDM) des armées de terre et de mer, puis de l'école créée en 1902 par des médecins, directeurs de la clinique Pasteur de Bordeaux pour former des infirmières qui serviraient en temps de guerre. Un an plus tard, l'école se tourne aussi vers la formation d'infirmière pour temps de paix : elle s'installe à la clinique Pasteur qui met à sa disposition salles de cours et lieux de stage. En 1923, l'école reçoit l'agrément de l'État pour préparer au diplôme d'État d'infirmière hospitalière. Cet institut nous a transmis les listes des cohortes des promotions des étudiants des deux promotions concernées par notre étude et le projet pédagogique de l'institut. Ce dernier présente comme valeurs de l'institut : le respect humain, les attitudes bienveillantes, la confiance, l'ouverture d'esprit, la rigueur professionnelle, la responsabilité.

L'IFSI de Dax est le plus récent des instituts : à la suite de l'ouverture de nombreux établissements hospitaliers à la fin des années 70 et face aux besoins de personnel que cela occasionne, le département des Landes nécessite une deuxième école d'infirmières dans le sud du département, aux côtés de celle de Mont-de-Marsan. L'école d'infirmières de Dax est créée en février 1976. L'école d'aides-soignants est plus ancienne et a été rattachée à l'IFSI en 2000. Cet institut nous a transmis les listes des cohortes des promotions des étudiants des deux promotions concernées par notre étude et le projet pédagogique de l'institut. Il énonce les valeurs qui sous-tendent la philosophie des soins infirmiers, cadre et socle de la conception des soins : le respect de la dignité et de la liberté de l'être humain, la compétence professionnelle, la responsabilité professionnelle.

L'IFSI Bagatelle prend le nom de Florence Nightingale en 1920, après que les héritiers de cette dernière aient vérifié que les valeurs qui y étaient enseignées n'étaient pas en

contradiction avec celle de la Dame à la Lampe. Néanmoins, elle garde comme nom d'usage le nom du domaine où la Maison de Santé Protestante de Talence a été construite : le domaine de Bagatelle. Encore aujourd'hui, c'est sous ce nom qu'elle est désignée par les étudiants qui y font leur formation, quelle que soit la promotion, et les autres. Nous avons donc retenu cette appellation. Cet institut nous a transmis les listes des cohortes des promotions des étudiants des deux promotions concernées par notre étude ; par contre, nous n'avons pu consulter le projet pédagogique de l'institut.

L'IFSI Pellegrin, créée en 1904, s'est voulu dès le départ comme la version « laïque » de l'école de Bagatelle. Sa deuxième directrice, après la période d'essai d'environ neuf mois d'une directrice hollandaise, est anglaise et cheftaine de la Maison de Santé Protestante de Bagatelle. Cet institut nous a transmis les listes des cohortes des promotions des étudiants des deux promotions concernées par notre étude et le projet pédagogique de l'institut. Ce dernier énonce, après la philosophie humaniste sur laquelle se fonde la conception des soins, les valeurs prônées par l'institut : la laïcité, l'équité, le respect, l'engagement.

3.2.2 Les étudiants infirmiers

La population étudiée est constituée par les étudiants infirmiers qui se distinguent par l'année de formation ou promotion : les répondants sont en 1^{ère} et 3^{ème} année de la formation. Ils se situent soit en début, soit en fin de la formation initiale. Nous avons écarté les étudiants de 2^{ème} année car nous souhaitons que les variables étudiées, comme les représentations socioprofessionnelles, présentent des valeurs nettes. En 2^{ème} année, les étudiants sont dans un « entre-deux », ils ont bien entamé leur formation mais sont encore loin du monde professionnel.

Une étude longitudinale, portant sur la même population d'étudiants, du début à la fin de leur formation, aurait été pertinente pour appréhender l'évolution des représentations socioprofessionnelles : cette procédure a été appliquée par Jouet Le Pors dans son étude. Mais nous avons estimé que les contraintes organisationnelle et temporelle étaient trop importantes compte tenu du protocole d'enquête que nous avons élaboré. Cela aurait considérablement alourdi les différentes procédures et porté préjudice à la faisabilité du travail.

Il s'agit donc d'une étude transversale qui permet de réaliser des observations comparatives entre les étudiants infirmiers de première année et de troisième année, de quatre lieux de formation différents.

3.3 Les méthodologies de recueil

3.3.1 Des méthodologies complémentaires

Crahay (2006b) voit dans l'opposition entre les méthodes qualitatives et quantitatives plus une opposition épistémologique que méthodologique. Une porosité existe entre les deux approches et la rupture entre les deux est illusion, une sorte d'opposition forcée. Car la quantification est courante dans le cadre des analyses participatives et une analyse quantitative ne peut se départir d'éléments qualitatifs afin d'opérer des stratifications pertinentes. La forme des données n'est donc pas un élément qui permette de caractériser de façon convaincante le type de démarche. Les approches contextuelles ont comme objectif de comprendre le comportement humain, en relation avec son environnement social.

En fait, ce clivage entre approches quantitatives et qualitatives renvoie à deux manières d'appréhender le réel. C'est donc le regard porté sur l'objet de recherche qui qualifie la démarche. Dilthey, en réaction au positivisme, donne aux sciences sociales le but de comprendre et non d'expliquer les phénomènes sociaux : comprendre le sens et la portée des actions des acteurs sociaux. Weber suivra cette voie en élaborant l'approche compréhensive.

L'objet de la recherche en sciences de l'homme n'est pas le comportement, mais l'action que Crahay (2006b, p.36), la distinguant du comportement, définit ainsi : « une action comprend le comportement physique plus les significations que lui attribuent l'acteur et ceux qui sont en interaction avec lui ». Plus que chercher une régularité dans les manifestations du phénomène dans le temps et l'espace, le but est de chercher ce qui est singulier afin d'en comprendre les manifestations.

Certains auteurs réduisent les approches qualitatives à « des incitations à la recherche ou des matériaux préparatoires » et l'étude des représentations sociales aurait acquis fiabilité et scientificité par l'expérimentation, entrant ainsi dans le champ de la « science normale » (Rouquette et Rateau, 1998, p.11).

Nous avons choisi cette approche compréhensive, situé dans les interactions et la communication sociales, champs privilégiés pour l'étude des représentations sociales et des processus de catégorisation sociale. Dans notre étude, nous n'avons pas procédé à une intégration des deux types d'approche mais à une mise en séquence. L'étude qualitative n'a pas été menée avant une approche quantitative dans le but de participer à la définition du cadre conceptuel, de celle des variables ou des hypothèses ou bien encore de guider l'élaboration du questionnaire.

Les entretiens, menés en début et en fin d'année scolaire, ont comme principal objectif d'appréhender les modalités de catégorisation des IFSI ; le questionnaire administré en milieu

d'année scolaire celui de repérer les représentations des ESI. Les échantillons mobilisés dans chaque approche sont différents, promotion tout entière pour le questionnaire et groupes pour les entretiens. Cette distinction pose un écart dans les types des données recueillies et dans l'utilisation de notre modèle d'analyse.

Néanmoins, plus qu'un frein ou un obstacle, nous souhaitons y percevoir une complémentarité et un enrichissement. Comme les représentations socio-professionnelles des étudiants participant aux entretiens sont énoncées et discutées entre eux, le processus de catégorisation qu'est le favoritisme endogroupe est exploré par deux questions du questionnaire. La question 15a demande dans quels autre(s) IFSI les étudiants auraient souhaité suivre leur formation et d'exposer les raisons de leurs choix. La question 16 pose les mêmes questions concernant cette fois les IFSI où les étudiants n'auraient pas souhaité suivre leur formation.

3.3.2 Méthodologie pour l'étude des représentations socio-professionnelles

Nous souhaitons utiliser un outil de traitement en cohérence avec l'orientation choisie pour l'étude des représentations sociales, comme prises de positions, principes organisateurs dans un contexte non consensuel, acceptant ainsi les différences et les variations systématiques entre individus. L'usage de technique multidimensionnelle s'est imposé et c'est pourquoi nous avons suivi la méthodologie présentée par Doise (1992, p.100) : l'analyse factorielle qui résume les variations d'un champ de représentations dans une population donnée et qui permet de dégager des covariations entre les divers profils de réponse.

3.3.2.1 La méthode du questionnaire

Notre orientation méthodologique fait référence à la théorie des principes générateurs de prises de position de Doise dont l'approche opératoire diffère de celle de la théorie du noyau central¹⁰ : « [...] l'étude des ancrages sociologiques des prises de position se tourne volontiers vers les analyses multidimensionnelles, qui permettent la mise en correspondance des cognitions et des insertions spécifiques des sujets [...]» (Ratinaud cité par Netto, 2012, p.144). Dans ce cadre, il est possible de mettre à jour les principes qui organisent les différences entre les individus (Doise, 1992, p.11).

Le recueil et le traitement des données dans le cadre cette théorie s'effectue en trois étapes (Doise, 1999, p.201) : tout d'abord, la mise à jour d'un savoir commun ; puis la mise à jour des principes organisateurs des positions individuelles par rapport aux points de repère

¹⁰ Pour plus de précisions concernant la méthodologie associée à la théorie du noyau central, voir Abric (2003), Doise et al. (1992), Moliner (2002).

fournis par ce savoir commun ; enfin, la détermination des ancrages de ces positions dans des réalités sociopsychologiques.

Le recueil doit donc amener des données sur des variables sociodémographiques : âge, genre, réorientation ou promotion professionnelles, projet professionnel.

3.3.2.2 Techniques et tests statistiques

Les calculs statistiques ont été effectués par le logiciel Sphinx Plus² Version 5. Nous présentons les différents tests statistiques utilisés lors de l'étude des représentations socio-professionnelles.

Le test du Khi 2

Il permet de mesurer l'écart entre une distribution observée et une distribution théorique probabiliste. Si deux variables sont dépendantes, la répartition de leurs modalités n'est pas le fruit du hasard. Nous utiliserons ce test pour comparer les fréquences de deux variables nominales, par exemple l'IFSI d'appartenance et la catégorie socio-professionnelle du père.

La comparaison de moyennes

Le test de Student est utilisé pour comparer les moyennes de deux groupes indépendants, dont les effectifs sont supérieurs à 30 : la répartition des différences de moyennes est estimée suivre une loi normale (Netto, 2012, p.158).

L'analyse de variance (ANOVA) compare les moyennes soit entre les modalités d'une même variable, soit entre plusieurs variables.

L'analyse multidimensionnelle

Doise présente l'analyse multidimensionnelle comme la plus adéquate pour repérer les facteurs qui orientent les différences de prises de position entre les individus : ces facteurs résument « les variations d'un champ de représentations dans une population donnée » (Doise et al., 1992, p.109).

Une première étape consiste à réaliser un dictionnaire, c'est-à-dire une liste de mots ou locutions pertinents avec l'objet d'étude. Pour ce faire, diverses techniques peuvent être mises en œuvre dont par exemple l'association libre après énoncé d'un mot inducteur (Abric, 2003 ; Rouquette et Rateau, 1998). Cette technique est surtout utilisée quand est recherchée la structure de la représentation, son noyau central et ses éléments périphériques. Elle ordonne les locutions associées selon leur fréquence d'apparition et leur rang d'importance et « la congruence des deux critères (fréquence et rang) constitue un indicateur de la centralité de l'élément » (Abric, 1994a, p.67).

Une autre technique est de composer au préalable un dictionnaire que l'on soumet aux enquêtés : Lorenzi-Cioldi, dans son étude sur les identités masculine et féminine, l'a utilisée (Doise, 1992, p.32). Cette technique « propose aux sujets une liste standardisée de mots ou de réponses en leur demandant d'indiquer leur degré de ressemblance avec le mot inducteur » (Doise, 1992, p.31). Nous avons opté pour cette technique.

La seconde étape consiste à effectuer une analyse multidimensionnelle ayant pour but de représenter graphiquement les individus dans un espace géométrique. L'analyse dimensionnelle peut être de deux types : soit une analyse factorielle des correspondances (AFC) sur des variables qualitatives, soit une analyse des composantes principales (ACP) sur des variables quantitatives que nous emploierons pour l'étude des représentations socio-professionnelles.

L'AFC mesure les écarts entre les distributions des colonnes et des lignes selon des axes appelés « facteurs ». Le facteur 1, placé sur l'axe des abscisses, est celui qui donne le plus d'informations ; le facteur 2 (ou plus), situé sur l'axe des ordonnées, nuance les informations résiduelles (Netto, 2012, p.162). Plus un point est loin de l'intersection des axes (abscisses/ordonnées), plus ce point est caractéristique.

L'ACP, à partir des variables actives, mesure la distance entre les individus statistiques qui sont alors représentés par un nuage de points dans un espace multidimensionnel. Cette analyse procède à la construction d'un nouveau système d'axes, ou dimensions, tel que la dispersion du nuage projeté sur le premier axe soit maximale, moindre pour le second axe, etc. (Lebaron, 2006, p.80).

Le premier axe décrit la direction principale du faisceau de corrélations, ou la composante principale de la distribution. Cette première dimension est le plus souvent « un facteur général sur lequel toutes les variables ont des saturations élevées et relativement élevées. Elle décrit donc une source de variation traversant l'ensemble de la population analysée : la dimension est présente chez tous les individus mais à des degrés différents » (Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi, 1992, p.111).

Le premier axe ayant capturé le maximum d'inertie du nuage, c'est-à-dire ayant expliqué le maximum de dispersion de ce nuage, il reste un « résidu » non expliqué par cette première composante principale. Le deuxième axe est celui sur lequel la projection du nuage de points se déforme le moins après le premier axe le même critère est appliqué aux axes successifs. Ils correspondent à des dimensions de groupes.

En nous appuyant sur l'analyse de la matrice de corrélation, nous utiliserons l'ACP afin de repérer les combinaisons des variables qui conservent au mieux la structure des données. Deux variables ayant des saturations de mêmes signes (positives ou négatives) co-varient sur cette dimension. Si les saturations des variables sont de signes opposés, elles contribuent de manière opposée à la signification de la dimension. Le classement des variables contribuant positivement et négativement à un axe permet de repérer les variables qui sont le plus corrélées à un axe (Lebaron, 2006, p.157).

Si l'ACP concourt à l'objectivation des représentations, croiser les composantes avec les appartenances sociales des personnes approche le processus d'ancrage (Doise, Clémence et Lorenzi-Ciodi, 1992, p.26). Ces différentes appartenances sociales peuvent être l'IFSI d'appartenance, la promotion, l'année de formation.

3.3.3 Méthodologie pour l'étude de la catégorisation sociale

Nous avons opté pour l'entretien collectif et semi directif au sens rogérien ou bien semi-dirigé car « le discours des interviewés n'est pas linéaire et les interventions de l'interviewer ne sont pas prévues à l'avance » (Ketele de et Rogiers, 2009, p.146).

Duchesne et Haegel (2005, p.8) précisent que l'entretien vise la production de discours à des fins d'analyse. Pour Blanchet et Gotman (2007, p.106), l'écrit final est un écrit à deux voix, celle de l'auteur et celle des interviewés conservés dans les citations. Cette convention traduit la position divisée du chercheur vis-à-vis d'un objet-sujet qu'il est difficile de réduire.

Nous avons mené des entretiens semi-directifs, avec un guide d'entretien qui n'est qu'un canevas des quatre grands thèmes à propos desquels nous souhaitons recueillir des données. Le guide d'entretien n'est pas un questionnaire avec un ordre précis. Au contraire, il est ouvert, permet aux interviewés de prendre des « chemins de traverse », de faire des digressions. Notre attention nous permet de relancer, ou reformuler les propos des interlocuteurs. Nous sommes aussi en mesure d'accepter que certains propos restent dans l'ombre malgré nos sollicitations, ou que le contexte dans certains IFSI ou groupes fasse que l'entretien n'ait pas ou peu comme objet les thèmes de notre étude.

Les résultats obtenus dépendent des données construites qui elles-mêmes procèdent des choix de méthodes effectuées lesquels renvoient à la fois à un cadre théorique et à des contraintes empiriques. (Duchesne et Haegel, 2005 ; Singly de, 2005).

Le groupe d'étudiants infirmiers peut représenter le groupe social. La construction ou plutôt l'élaboration des représentations sociales et des catégories sociales se font dans le groupe social, dans les échanges tissés dans le groupe. L'entretien collectif est une méthode de

recueil de données d'origine plutôt anglo-saxonne et trouvant place préférentiellement dans les recherches sociologiques. Il a cependant depuis longtemps sa place en psychosociologie. L'entretien collectif implique au moins deux personnes et les interactions qui s'y déroulent dépassent le traditionnel duo constitué par l'enquêteur et l'enquêté.

Dans notre enquête, il s'agit de groupe naturel : au-delà des temps, ponctuels, dédiés aux entretiens, ces personnes entretiennent des relations personnelles ou professionnelles, vivent des situations communes d'apprentissage.

Les premiers groupes où la production d'un discours collectif est recueilli sont les *focus groupe* initiés en 1941 par Lazarsfeld et surtout par Merton qui en est le fondateur. (Duschesne et Haegel, 2005, p.9). Cette méthode est centrée (*focused*) sur une expérience vécue par l'ensemble des enquêtés. À l'origine, la méthode du *focused interview* était complémentaire et se réalisait *a posteriori* des études expérimentales quantitatives afin d'aider à leur interprétation. Merton s'intéresse aux individus dans le groupe et non sur le groupe lui-même en tant que tel. Le groupe est même perçu comme pouvant être un obstacle et la tâche principale de l'enquêteur est de réduire les interactions entre les participants. Cette méthode a un avantage quasi quantitatif : multiplication du nombre des enquêtés et donc élargissement de l'éventail des réponses.

À la même époque, pendant la seconde guerre mondiale, les travaux psychosociologiques de Lewin portant sur la dynamique des groupes amènent à penser que certains changements (habitudes alimentaires des ménagères américaines) s'opèrent plus facilement au niveau collectif qu'au niveau individuel. Lewin et ses successeurs ont aussi initié les interventions avec les *T-groups* (Training Groups ou groupes d'apprentissages) composés de personnes susceptibles d'initier des changements. En France, la psychologie sociale a fortement marqué la pratique de cette méthode, aux côtés de la psychanalyse.

Il ne s'agit pas d'expliquer ce qui se passe au sein du groupe mais plutôt de comprendre ce que le groupe produit dans le cadre d'une discussion : le discours ainsi constitué est le produit d'interactions sociales car un discours ne peut se réduire à sa seule forme ou structure. Il est avant tout le support d'une pensée, de représentations qui se construisent au fil des interactions, y compris avec le chercheur/interviewer. Nous avons tenté de recréer des situations assez proches des conditions « ordinaires » ou « naturelles » de ces étudiants en soins infirmiers que sont par exemple les travaux de groupe, de recherche ou lors d'évaluation, de retour de stage ou lors d'activité même parfois périscolaire.

L'usage des focus groupe aujourd'hui en France s'est étendu à la publicité, au marketing, aux instituts de sondage, à la communication politique, en santé publique ou plus

largement dans le champ sanitaire et social (groupe de soutiens ou de patients). (Duschesne et Haegel, 2005, p.26)

3.3.3.1 Intérêt épistémologique du groupe collectif

Les participants partageant des expériences et une identité commune, celle d'étudiants en soins infirmiers, l'entretien collectif permet de privilégier ce qui est partagé et ce qui ne l'est pas. Il permet ainsi d'accéder au sens commun, aux normes du groupe. « [L'intérêt] est de saisir les prises de position en interaction les uns avec les autres et non de manière isolée. L'entretien collectif permet à la fois l'analyse des significations partagées et du désaccord, grâce à la prise en compte des interactions sociales qui se manifestent dans la discussion. » (Duschesne et Haegel, 2005, p.35). La catégorisation sociale, telle qu'abordée dans le cadre conceptuel, couvre les interactions intergroupes prenant le regard de la catégorie comme l'ancrage des représentations sociales, suivant en cela Augoustinos, l'appréhension de ces objets se réalisant à l'écoute des discours d'un groupe. Dans un entretien collectif, les représentations peuvent être repérées, décelées, se dévoilent, s'élaborent au cours des échanges et des interactions sociales.

3.3.3.2 Limites de la « naturalité » du groupe

L'artificialité de la situation : c'est l'illusion de la naturalité. C'est tout de même une situation particulière : même faisant partie du même IFSI, de la même promotion, même ayant l'habitude de travailler ensemble, la situation de s'asseoir autour d'une table avec nous été inédites pour parler de leur vision de la profession. Certains étudiants ont souligné que cela était nouveau et que cela permettait de mieux se connaître. Cela était présent surtout dans les entretiens de première année, moins présent dans ceux de troisième année.

L'allocation : la composition des groupes s'est faite assez souvent par cooptation, par connaissance, par liens amicaux, par complaisance. Même si nous avons rappelé au départ que les groupes d'entretiens devaient refléter les paramètres socioprofessionnels de la promotion.

L'implicite du discours : les participants partagent les mêmes codes, parfois les mêmes opinions, et n'éprouvent pas la nécessité d'énoncer ce qu'ils pensent leur être commun.

3.3.3.3 La technique d'étude de la catégorisation sociale

La technique de recueil

La majorité des travaux sur la catégorisation sociale utilisent le questionnaire. Dans son étude sur la catégorisation des Français et des Magrébins, Salès-Wuillemain (2005b)

propose une liste de qualificatifs, d'attributs, et demandent aux personnes enquêtées d'associer le terme inducteur et l'attribut ou qualificatif.

Cette technique d'approche de la catégorisation sociale a été critiquée par Clémence (2002). Si nous reprenons ses critiques, elles portent sur la fiabilité du recueil et sur la nature épistémologique du biais repéré.

Tout d'abord, Clémence rappelle que pour pouvoir opérer une catégorisation sociale, il faut au moins qu'une comparaison puisse être possible, c'est-à-dire varier le contexte. Dans notre travail, les étudiants en soins infirmiers de quatre IFSI différents énoncent leur perception, leur représentation des autres étudiants et autres IFSI. Le contexte de comparaison est bien présent. Ensuite, la catégorisation s'effectue avec des mots d'un dictionnaire proposé par les auteurs. À travers leur choix, les enquêtés montrent en fait « qu'ils connaissent les stéréotypes sur les deux groupes ethniques » de l'étude (Clémence, 2002, p.2.2). Enfin, le biais repéré n'en est pas un si l'étude se place dans le cadre épistémologique d'une recherche sur les représentations sociales. En effet, dans ce cadre, le biais n'est pas appréhendé comme une erreur mais comme « une manière particulière de penser orientée par un méta-système cognitif » (Clémence, 2002, p.2.3).

L'échantillonnage de la population d'enquête a été questionné surtout en ce qui concerne le protocole d'enquête par entretien. La représentativité de l'échantillon, telle que définie par Ghiglione et Matalon, permet que « les observations qu'on fera sur lui pourront être généralisées à l'ensemble de la population ; il faut donc que l'échantillon présente les mêmes caractéristiques que la population, qu'il soit représentatif » (Ghiglione et Matalon, 2008, p.29). Pour notre étude, il s'agit plutôt de viser l'adéquation de l'échantillon à la recherche menée, c'est-à-dire le processus de catégorisation sociale : « à la notion de représentativité, il faut substituer une notion plus large, celle d'adéquation de l'échantillon aux buts poursuivis » (Ghiglione et Matalon, 2008, p.53). L'échantillon formé par les groupes d'étudiants n'est donc pas représentatif au sens probabiliste. Mais la méthode qualitative accordant une grande place à l'expérience des personnes, la question est plutôt de savoir si ces personnes peuvent fournir des données valides, car « il est plus pertinent en recherche qualitative d'avoir un échantillon non-probabiliste mais qui est approprié, que d'avoir un échantillon probabiliste qui n'est pas approprié » (Morse, 1991 ; cité par Rousseau et Saillant, 1996, p.143).

La technique de l'analyse de contenu

Le traitement des données recueillies se base sur l'analyse du contenu des entretiens, en lien avec nos variables, en analyse catégorielle ou thématique.

Les autres types d'analyse ne nous semblent pas pertinents ni adaptés à notre méthodologie :

- l'analyse de l'évaluation : basée sur la mesure des attitudes, elle infère à partir d'indicateurs manifestes du discours « les pivots attitudinaux » du locuteur (Bardin, 1977, p.209) ;

- l'analyse propositionnelle du discours : également nommée analyse par grappes, elle vise à identifier l'univers de références des acteurs sociaux par le repérage de référents noyaux et par le découpage du texte en propositions, expliquant les référents noyaux (Bardin, 1977, p.244) ;

- l'analyse de l'expression : elle se centre sur la forme du discours mais dans le but d'approfondir le fond (Bardin, 1977, p.255). Ce type d'analyse prend appui sur des indicateurs précis, surtout à un niveau lexicométrique, comme le niveau de répétition lexicale, la longueur des mots (*id.*, p.267) ;

- l'analyse des relations : elle se base sur l'analyse de contingence et étudie les relations que les éléments du discours entretiennent entre eux (Bardin, 1977, p.268). Elle utilise l'analyse des co-occurrences, la présence simultanée de deux ou plusieurs éléments ; l'analyse structurale qui cherche à mettre à jour « l'ordre immuable sous le désordre apparent » du discours (Bardin, 1977, p. 276) ; l'analyse du récit, cherchant à déceler la « grammaire profonde » des contes ou récits ;

- l'analyse de l'énonciation : Ce type d'analyse se centre sur la forme du discours ; surtout il appréhende la communication comme un processus, non comme une donnée, et il sous-entend qu'il faut accepter des détours « pour suivre les détours du texte » (D'Urung, cité par Bardin, 1977, p. 223). Considérer que le discours est un processus revient à l'envisager comme un travail en train de se faire, un sens en train de se construire, des transformations en train d'émerger (*id.*, p.224). Ce type d'analyse est attentif aux silences ou aux rires, aux hésitations, aux oublis. Même si ce n'est pas celui-ci que nous privilégions, il peut nous fournir des indices pertinents pour nous approcher de la compréhension du discours. Cette conception de la communication est en cohérence avec d'une part le concept des représentations socioprofessionnelles, pris dans l'acceptation d'un savoir socialement élaboré et partagé (Jodelet, 1989), et d'autre part, avec celui d'une identité professionnelle qui se construit dans l'altérité et par la confrontation avec l'exo groupe (Moliner, 1996). Même si ce dernier type d'analyse peut amener des données nuancées sur la situation d'entretien, elle nous semble complexe à mettre en œuvre lors d'un entretien collectif.

Nous utiliserons donc l'analyse catégorielle pour l'analyse des entretiens. Également appelée analyse thématique, elle est la plus ancienne et la plus simple à mettre en œuvre (Bardin, 1977, p. 206). Les entretiens étant semi-directifs, les thèmes que nous souhaitons voir aborder sont déjà listés dans les guides d'entretien. Cependant, les données répondent à certains critères de l'analyse catégorielle (Bardin, 1977, p.40) : l'homogénéité des données dans un thème ; leur exclusivité : une donnée ne peut être classée que dans un thème ; leur pertinence avec l'objectif de notre recherche. Cette analyse doit nous permettre de classer le processus de catégorisation sociale des IFSI selon les différentes modalités ou partitions : binaire, scalaire et/ou polaire.

Lors de la retranscription, nous avons choisi de ne pas faire de faire une transcription littérale mais d'opérer une transcription aménagée (Beaud et Weber, 2003, p.245) et selon la procédure évoquée par Kaufman (2011) (de sélectionner les idées forces de chaque entretien, leur émetteur, et leur expression naturelle tout en mentionnant certains indices concernant le timbre, le volume de la voix, les gestes.

3.4 Les dispositifs de recueil

3.4.1 Présentation des deux dispositifs

3.4.1.1 Le questionnaire

Nous avons eu à nous interroger d'emblée sur les outils que nous devons choisir pour appréhender au mieux notre objet. Certaines techniques étaient difficiles à mettre en œuvre, comme par exemple l'approche de type monographique, qualifiée par Abric de « voie royale » pour l'étude des représentations sociales. Elle fut utilisée par Jodelet pour son étude sur les représentations de la maladie mentale dans une communauté où les malades mentaux vivant aux côtés des villageois. Mais l'immersion pendant une période longue dans un groupe nous était impossible du fait de nos impératifs professionnels.

Le choix du questionnaire, néanmoins, ne s'est pas effectué par défaut : il reste judicieux en effet au regard de notre recherche, pas seulement pour des raisons méthodologiques. Cette méthode de recueil, au-delà de la pertinence qu'elle présente par rapport à notre objet d'études et que nous allons justifier plus loin, nous incitait, sinon nous obligeait, à nous décentrer de notre position de formatrice. Diversifier l'échantillon, traiter plus d'informations, nous permet de nous dégager de notre regard de formatrice impliquée dans le processus de formation des étudiants infirmiers et de mieux nous soutenir dans l'acquisition d'un regard de chercheur. Au-delà de cet intérêt épistémologique fondateur, nous

avons donc opté pour cette méthode de recueil par questionnaire essentiellement pour trois raisons.

La première raison est que cet outil nous a semblé pertinent et adapté à nos deux secteurs de recherche : d'une part afin de recueillir des données concernant les trajectoires sociales des étudiants ; d'autre part pour cerner leurs représentations sociales et les identités professionnelles. Le recueil des données concernant les trajectoires sociales des étudiants infirmiers, sur lesquelles nous reviendrons plus loin quand nous expliciterons les critères et indicateurs de nos hypothèses, se prête bien à la forme du questionnaire : par exemple, les informations concernant l'état-civil ou les professions et catégories socioprofessionnelles des parents. Le questionnaire permet d'introduire des aspects quantitatifs fondamentaux dans l'aspect social d'une représentation. C'est une technique largement utilisée pour le recueil des représentations sociales et qui fut d'emblée employée par Moscovici en 1961 ans son étude sur les représentations de la psychanalyse, par Abric ou Doise par exemple. Il a été également utilisé par Bourdieu dans la plupart de ses travaux.

Présentation des questions

Le questionnaire se présente sous deux versions selon l'année de formation, une pour les étudiants de 1^{ère} année (Annexe 6, p.525), l'autre pour ceux de 3^{ème} année (Annexe 6, p.533). La question 23, interrogeant l'acquisition des compétences, tient compte de l'année de formation. Nous avons proposé en majorité des questions fermées (17 sur 24 questions). Nous avons été néanmoins attentive à ne pas limiter « l'expression des individus aux strictes interrogations qui lui sont proposées » (Abric, 1997, p.62), en veillant à proposer des questions ouvertes mais en nombre limité car, comme le souligne Singly de (1992, p.67), elles présentent certains inconvénients :

Les informations recueillies peuvent être trop dispersées, ou inutilisables en référence aux préoccupations de la recherche. A priori, les questions ouvertes semblent meilleures parce qu'elles donnent plus d'informations sur les pratiques ou les représentations. En réalité, les personnes interrogées peuvent fournir des indications peu utiles. En effet, l'usage des questions ouvertes enseigne que nombre de réponses peuvent être floues, incodables.

Les questions fermées sont contraintes, c'est-à-dire que le répondant doit choisir entre plusieurs propositions de réponses, essentiellement de caractérisation.

Élaboration du questionnaire

Il comporte quatre rubriques : les représentations socio-professionnelles, l'étudiant en soins infirmiers, le projet professionnel et l'IFSI d'appartenance.

Le questionnaire reprend dans sa présentation un ordre « classique », débutant par des questions d'état-civil, rappelant en cela le formulaire de renseignements de leur IFSI.

Rubrique 1 : les représentations socio-professionnelles

L'étude des RSP se base sur la question 17 qui demande aux étudiants de caractériser des termes. Ceux-ci sont issus d'un dictionnaire tiré de l'étude sur les représentations socioprofessionnelles d'étudiants infirmiers de Jouet Le Pors et de mon expérience. Y ont été ajoutés des mots ou locutions, issus d'une part d'entretiens du concours d'entrée (altruisme, guérison, vocation) et tirés d'autre part de travaux sur les représentations en début de formation. Ce sont par ordre alphabétique : Altruisme, Auxiliaire médical, Guérison, Hiérarchie, Hôpital, Reconnaissance sociale, Règles, Résistance physique, Sécurité de l'emploi, Vocation.

Ces différents termes peuvent être regroupés selon les différentes dimensions suivantes :

1. une dimension organisationnelle et fonctionnelle : les termes ou items de cette dimension font référence au travail en équipe pluridisciplinaire et à l'institution hospitalière
2. une dimension technique : les termes se réfèrent à la gestuelle, au « savoir-faire », à la complexité de certains gestes
3. une dimension relationnelle : ces items sont en lien avec le « savoir-être » et la relation soignant-soigné standard et la relation en tant que soin ou média du soin (Soin relationnel) ;
4. une dimension de l'éthique professionnelle : les termes font référence au fait que l'infirmière répond de ses actes, se questionne sur ses missions et ses pratiques. Ce point nous a fait inscrire l'item *Vocation* dans cette dimension
5. une dimension sociale : référence à l'inscription sociale du métier.

Dimensions	Termes ou items
Dimension organisationnelle et fonctionnelle	Adaptation, Auxiliaire médical, Collaboration, Équipe, Guérison, Hiérarchie, Hôpital, Organisation, Polyvalence, Résistance physique
Dimension technique	Dextérité, Compétence, Connaissances, Éducation, Efficacité, Hygiène, Professionnel, Règles, Rigueur, Soins techniques, Technicité
Dimension relationnelle	Aide, Altruisme, Accompagnement, Communication, Compréhension, Écoute, Observation, Disponibilité, Empathie, Relation, Relation d'aide, Soins relationnels, Soutien
Dimension de l'éthique professionnelle	Respect, Responsabilité, Secret professionnel, Soins, Tolérance, Vocation
Dimension sociale	Reconnaissance sociale, Sécurité de l'emploi

Tableau 9 Tableau classant les items des RSP selon les différentes dimensions

Rubrique 2 : l'étudiant en soins infirmiers

- milieu socio-économique
âge, sexe et état-civil, nombre d'enfants et place dans la fratrie, origine géographique, PCS des parents, aide financière : bourses, subventions, Promotion Professionnelle ; travail pendant les études
- scolarité et expérience professionnelle :
cursus scolaire et diplômes obtenus : estimation du délai avant réorientation
emplois occupés avant l'entrée à l'IFSI : estimation du délai avant réorientation

Rubrique 3 : le projet professionnel

- raisons énoncées du choix de cette profession
- projet professionnel : dans le sens d'une anticipation de l'exercice futur, à plus ou moins long terme : type et lieu de l'exercice, retour dans sa région d'origine

Rubrique 4 : l'IFSI d'appartenance

- concours d'entrée : préparation, nombre et lieux
- valeurs prônées : les étudiants sont-ils en accord ou non ?
- faits historiques saillants
- perception de leurs compétences : relationnelles, organisationnelles et techniques

- vision globale du système de santé et de la formation : la loi HPST et la T2A ; peut-être plus polémique le déremboursement de certains médicaments ; enfin l'universitarisation de la formation effective depuis 2009.
- catégorisation des autres IFSI : dans quels IFSI auraient-ils pu suivre, ou pas du tout, leur formation ?

Le tableau suivant (Tableau 10) identifie les différentes questions selon les rubriques.

Rubriques		Numéros des questions
1 - RSP de la profession		17
2 -L'étudiant en soins infirmiers		
	État-civil	1 à 6
	PCS des parents	8
	Subvention, bourse	9
	Travail pendant les études	10 et 11
	Cursus scolaire et professionnel	23 et 24
3 - Projet professionnel		
	Raisons du choix	12
	Retour post diplôme d'état	7
	Projet lieu d'exercice	22
4 – IFSI d'appartenance		
	Concours entrée : préparation, nombre	10 ; 14
	Catégorisation exogroupe	15 et 16
	Valeurs	13
	Histoire	20
	Perception des compétences acquises et à améliorer	18 et 21
	Vision globale du système de santé	19

Tableau 10 : Tableau récapitulatif des questions selon les rubriques

De l'enquête préliminaire au questionnaire définitif

Les questions renseignant l'état-civil n'ont suscité aucune interrogation car elles reprennent pratiquement à l'identique celles de tout dossier administratif, ou du dossier d'inscription au concours d'entrée en IFSI. Le questionnaire a été « testé » lors d'une enquête préliminaire que nous aurions préférée d'une plus grande ampleur. L'objectif de cette séance

était double : tester le questionnaire (la lettre d'introduction, les questions, leur formulation) et recueillir les jugements des étudiants sur l'outil. L'enquête préliminaire s'est effectuée sur un seul institut, l'Institut Pellegrin, avec la participation de 8 étudiants (5 étudiants de 1^{ère} année et 3 de 3^{ème} année), ce qui limite d'emblée sa portée et les enseignements que nous pourrions en tirer. La séance a duré 1 heure¹⁵, discussion comprise. Elle a débuté par une présentation rapide de l'objectif de cette rencontre. Nous avons aussi posé le cadre de la séance et le fait que nous étions présente avant tout en tant que chercheur. La durée de la passation du questionnaire a été de 40 mn. La totalité de la séance s'est déroulée en notre présence.

Pendant la passation du questionnaire, nous avons remarqué que beaucoup d'étudiants « blanchaient », effaçaient, gommaient et réécrivaient. Certains lisaient toutes les pages avant de revenir à la première question. La lettre d'introduction a été refaite en incluant les recommandations sur la manière de répondre au questionnaire : ne pas revenir en arrière, ne pas effacer, ne pas rechercher une « bonne » réponse qui n'existe pas. Pour la forme du questionnaire, plusieurs remarques ont été faites dont nous avons tenu compte car elles amenaient des modifications visant une meilleure connaissance des étudiants infirmiers, objet de notre recherche.

Certains étudiants de première année nous ont fait remarquer que, puisqu'il s'agissait de mieux les connaître (reprenant là une phrase de la lettre introductive), des questions étaient incomplètes :

- Les questions 9 (sur le bénéfice de bourse ou aide) et 5 (sur la fratrie) qui ne pouvaient renseigner la situation réelle de certains. Trois items ont été ajoutés : « demande en cours » pour la demande d'aide financière et « enfants » pour l'état-civil.
- Le tableau du cursus scolaire remontait trop loin : il a été ramené à moins 10 ans pour tenir compte des étudiants en promotion professionnelle plus âgés.

L'ordonnement des questions ne les a pas déroutés, le questionnaire ayant un sens chronologique. Nous pensons que cela reproduit le schéma de procédures de soins, de fiches techniques où il est question, du moins au début de la formation, de se remémorer le déroulé d'un soin dans le temps.

Le fait que j'appartienne à cet Institut a eu me semble-t-il deux effets contradictoires : une critique vive des questions, ce pour quoi ils étaient là ; et une certaine retenue dans leur manière d'interroger le sens des questions : « la formation [dont nous étions la représentante institutionnelle] les prépare bien sûr à la profession ! » Enfin, la discussion s'est orientée sur

l'appréhension, pour certains semblant très vive, concernant leur prochain départ pour le premier stage, leur premier rencontre avec le terrain et donc « la réalité vraie. »¹¹

Les corrections ont été faites à la fois sur le questionnaire et sur la lettre d'introduction. Le questionnaire définitif a pu être finalisé (Annexe 6, p.236). Il comporte 24 questions et l'origine du répondant est clairement inscrite sur le questionnaire¹² :

CRF1 pour Croix-Rouge Française 1^{ère} année,

CRF 3 pour Croix-Rouge Française 3^{ème} année,

D1 pour Dax 1^{ère} année,

D3 pour Dax 3^{ème} année,

B1 pour Bagatelle 1^{ère} année,

B3 pour Bagatelle 3^{ème} année,

P1 pour Pellegrin 1^{ère} année,

P3 pour Pellegrin 3^{ème} année.

Nous avons pu mesurer l'importance d'une élaboration progressive d'un questionnaire et surtout la nécessité de réaliser une enquête préliminaire. Il serait cependant souhaitable de tester le questionnaire sur un groupe plus significatif : varier les lieux et augmenter le groupe de ces étudiants testeurs. En effet, les remarques qui ont été faites portaient sur des préoccupations spécifiques des étudiants que nous comprenions assez facilement, appartenant à cet institut et connaissant le projet pédagogique. Non que cela ait pu être un avantage, mais bien au contraire un biais : peut-être comprenions-nous bien trop facilement, peut-être ce qui était dit n'était que ce qui pouvait être dicible à quelqu'un représentant l'institution, malgré les précautions que nous avons prises concernant notre rôle. Enfin, tester un questionnaire sur huit étudiants limite à la fois le matériau pouvant être recueilli et les possibilités d'extension des éléments significatifs à un plus grand échantillon.

3.4.1.2 Le guide d'entretien

Il s'agit d'un guide de rappel des thèmes à aborder dans les entretiens et non d'un questionnaire. Nous avons prévu et préparé certaines questions de relance ou d'orientation dans le cas où certains n'étaient pas abordés.

Nous demandons aux étudiants l'autorisation que les entretiens soient enregistrés car il s'agit de transformer une parole privée en parole publique (Beaud et Weber, 2003, p.145), tout en respectant les règles de l'anonymat du matériau recueilli. Aucun refus ne nous fut opposé.

¹¹ Expression employée par tous les étudiants de première année.

¹² Nous emploierons dorénavant ces sigles.

Lors des premiers entretiens, nous nous présentions et énoncions le sujet de notre rencontre, faisant lien avec la première rencontre que nous avons eue quelques semaines auparavant quand nous avons demandé à tous les étudiants leur participation.

Le premier entretien débute par la présentation individuelle des étudiants. Cela nous permettra d'intégrer au mieux les caractéristiques de leur voix afin de les repérer plus sûrement dans les enregistrements. Lors de leur présentation individuelle, les étudiants abordent les points suivants : le prénom, l'âge, l'origine géographique, les PCS des parents, leur parcours (professionnel ou scolaire), la promotion professionnelle dont ils bénéficient le cas échéant.

Le guide est différent selon sa place dans la formation : première (Annexe3, p.357) ou dernière année formation (Annexe3, p.358). Pour les entretiens des étudiants de 3^{ème} année, les thèmes abordent l'acquisition des compétences et le jugement porté sur la construction de leur identité professionnelle.

Le guide d'entretien 1 (1^{ère} année)

Représentation de l'infirmier :

Quelle est image qu'ils se font de l'infirmier ? Qui est-il ? Que fait-il ?

Choix et intérêt de la profession

Rôle, fonctions : repérage du rôle infirmier en fonction des différentes compétences : techniques, relationnelles, organisationnelles

Place dans l'institution médicale

Relations avec les autres professionnels (médecins, AS), les patients...

Représentation des stages :

Place et rôle des stages dans la formation. Comment les ESI appréhendent-ils les stages ?

Catégorisation des IFSI :

Choix de l'IFSI d'appartenance : positif ou négatif

« Réputation » des IFSI

L'encadrement pédagogique

La formation assurée

Le guide d'entretien 2 (3^{ème} année)

Acquisitions des compétences :

Rôles respectifs des stages et de l'IFSI

Déclinaisons des différentes compétences et proportion perçue de chacune : techniques, relationnelles et organisationnelles

Identité infirmière :

De l'ESI : écart avec début de la formation

Renvoyée par les professionnels de terrain : place dans l'institution médicale et relations avec les autres professionnels (médecins, AS), les patients...

Renvoyée par l'IFSI

Catégorisation des IFSI :

Choix de l'IFSI d'appartenance : positif ou négatif

« Réputation » des IFSI

L'encadrement pédagogique

La formation assurée

3.4.2 La procédure de l'enquête

3.4.2.1 La date de passation

L'organisation de l'enquête s'est effectuée en plusieurs temps, centrés sur des acteurs différents. En premier lieu, nous avons sollicité l'accord de principe des directrices des IFSI par courriel ou par communication téléphonique. Cet accord obtenu, nous avons rencontré les équipes pédagogiques soit lors de leur réunion formelle, hebdomadaire (IFSI de Dax, de Pellegrin) soit de manière séparée, l'équipe de 1^{ère} année puis de 3^{ème} année (IFSI de la Croix-Rouge Française, Bagatelle).

Dans un second temps, nous avons rencontré les promotions d'étudiants pour leur présenter notre protocole d'enquête de manière très générale, et leur demander leur collaboration pour les deux temps : les entretiens de début et fin d'année, le questionnaire en milieu d'année. Nous avons laissé un délai aux étudiants pour qu'ils forment les groupes d'entretien. Même si les groupes n'avaient pas à être représentatifs de la promotion concernée au sens classique du terme, nous souhaitons qu'ils satisfassent à une représentativité stratifiée, c'est-à-dire que les groupes puissent présenter une diversité par rapport aux facteurs sociodémographiques : l'âge, le genre, la promotion professionnelle (les aides-soignantes) et la réorientation professionnelle.

La passation du questionnaire a été délicate dans le sens où nous avons eu des difficultés à dégager un temps dédié. Certains ont d'emblée proposé de planifier une heure, dûment inscrite et répertoriée sur l'emploi du temps comme toute autre intervention. D'autres avançaient un emploi du temps très chargé pour ne pouvoir dégager le temps nécessaire afin que nous fassions l'information aux étudiants et distribuions les questionnaires. Cette

difficulté à planifier l'administration du questionnaire nous amène à nous interroger sur le biais que représente notre statut quand il s'agit de questionner des étudiants de l'institut dans lequel nous travaillons. Enfin, nous pouvons nous interroger sur les facilités ou les obstacles qu'un IFSI met à notre disposition.

L'enquête s'est déroulée de mars 2009 à juin 2010, alternant les entretiens collectifs (EC) et la passation du questionnaire (Q) selon le calendrier suivant (Tableau 8) :

	Mars 2009	Oct. 2009	Mars 2010	Juin 2010
CRF 1		EC	Q	EC
CRF 3		EC	Q	EC
D 1		EC	Q	EC
D 3		EC	Q	EC
B 1		EC	Q	EC
B 3		EC	Q	EC
P 1		EC	Q	EC
P 3	EC	Q	EC	

Tableau 11: Calendrier du protocole d'enquête

L'administration des questionnaires à l'IFSI Pellegrin fut la plus délicate. Notre fonction de formatrice dans cette institution semble avoir été un handicap ou peut-être n'avons-nous pas su présenter notre travail de manière à emporter l'adhésion et la participation de nos collègues. En outre, l'institut vivait à cette période des problèmes d'organisation dans des tensions parfois vives. Il nous a été peut-être difficile de nous détacher de ce climat.

3.4.1.2 Le mode de passation

Dès le départ, nous avons envisagé que les étudiants infirmiers répondent aux questionnaires dans les mêmes conditions. Malheureusement, pour D3, nous n'avons pu réaliser la passation du questionnaire comme pour les autres promotions. Le jour du RDV, les étudiants étaient absents de l'IFSI du fait de l'absence d'un intervenant devant assurer un enseignement. Nous avons laissé les questionnaires à une formatrice de l'IFSI qui les administrés trois jours après avant une de ses interventions. Pour les sept autres promotions, nous avons distribué les questionnaires tout en expliquant brièvement qui nous étions, le but de ce questionnaire et notre demande de coopération.

Nous avons opté pour cette méthode car, les questions étant en majorité des questions fermées, surtout pour celles concernant les représentations sociales et les éléments

identitaires, nous cherchions à amoindrir l'autocensure à l'œuvre chez les répondants. De plus, cela permettait de diminuer l'effet de notre statut de formatrice sur, en quelque sorte, leurs représentations des réponses attendues. Ce décalage nous a donné l'occasion de faire varier un élément auquel nous n'avions pas pensé de prime abord : le temps de réflexion afin de remplir le questionnaire. En outre, cela nous a permis de connaître les difficultés à organiser une enquête géographiquement distribuée.

3.4.1.3 Le taux de réponses

Le questionnaire

Les taux de retour les plus faibles sont ceux de Pellegrin et de Bagatelle : les étudiants de 1^{ère} année à 36% et 38% ; ceux de 3^{ème} année à 47,7% et 49%. Ce sont les promotions de Dax (89%) et de la Croix-Rouge Française (88,75%) qui ont les taux de réponses les plus élevés. Ce taux est très variable et à mettre en lien avec les modes différents d'administration du questionnaire. Le questionnaire a été distribué à l'IFSI de Bagatelle aux étudiants de 1^{ère} année le vendredi 15 mai 2010, jour de pont de l'Ascension et de cours magistraux. Une quarantaine d'étudiants étaient présents. Pour les étudiants de P1, les questionnaires ont été distribués et collectés la même semaine, juste avant qu'ils partent en stage. Pour ceux de la Croix-Rouge, quel que soit la promotion, le questionnaire a été distribué et renseigné le même jour, en amphithéâtre. Pour les promotions de l'IFSI de Dax, la même procédure a été suivie, à la différence que pour la promotion D3, c'est une formatrice qui s'est chargée de la passation des questionnaires.

	Effectif de la promotion	Questionnaires collectés (%)
D 1	96	91 (94,8%)
D 3	73	61 (83,5%)
P 1	158	57 (36%)
P 3	111	53 (47,7%)
CRF 1	89	80 (89,9%)
CRF 3	73	64 (87,6%)
FN 1	105	40 (38%)
FN 3	98	48 (49%)

Tableau 12: Tableau des taux de retour des questionnaires selon les promotions

Les entretiens

Les entretiens d'une durée de 36 heures 07' au total ont été enregistrés puis les extraits comportant les idées principales ont été retranscrits. Les lignes numérotées afin de faciliter la référencement. L'analyse a été réalisée entretien par entretien, puis une analyse transversale a abouti à une synthèse par année de promotion et pas ISFI.

I.F.S.I	Promotion	Nombre ESI E1	Nombre ESI E2	Mouvement ESI	Durée E1	Durée E2	Écart durée
CRF	CRF 1	18	13	- 6 / + 1	2h 32	2h 57	+ 25'
	CRF 3	17	6	- 11	2h 29	58'	- 1h 31
P	P 1	12	12	- 3 / + 3	2h 33	2h 27	- 6'
	P.3	14	10	- 6 / + 2	2h 38	3h 35	+ 1h
D	D 1	14	14		2h 08	2h 02	- 6'
	D 3	16	16		2h 40	3h	+ 20'
FN	FN 1	15	8	- 7	1h 40	1h 18	- 22'
	FN 3	14	8	- 6	1h 20	1h 50	+ 30'

Tableau 13: Tableau récapitulatif des mouvements des groupes d'entretien

La composition des groupes montre un léger déficit par rapport au nombre demandé : 20 étudiants, soit cinq groupes de quatre ESI, pour l'IFSI Pellegrin ; 16 étudiants, soit quatre groupes de quatre ESI pour les trois autres IFSI.

Pour l'entretien de début d'année, Les étudiants des deux promotions de l'IFSI de la Croix-Rouge Française ont formé quatre groupes avec légèrement plus d'étudiants (35 pour 32) ; par contre, pour les étudiants de 3^{ème} année, il y a un « déficit » de onze étudiants.

Comme pour le questionnaire, ce sont les étudiants des IFSI de la Croix-Rouge Française et de Dax qui ont été présents tout au long de l'année. Les étudiants de Dax furent les plus constants : la composition de leurs groupes n'enregistre aucun mouvement. Les moins constants ont été ceux de l'IFSI de la Croix-Rouge Française : moins onze étudiants entre les deux entretiens. Ces « mouvements » peuvent être dus à des arrêts ou des suspensions de formation, ou à un désengagement de certains étudiants de notre enquête (Larrue, Bonardi et Rousseau, 2000).

L'examen de la durée totale des entretiens par promotion montre le lien avec la constance dans la composition des groupes : il y a dans l'ensemble une augmentation de la durée totale, surtout pour les groupes de 3^{ème} année, même quand les groupes sont déficitaires

en nombre d'étudiants. Les groupes d'étudiants de 3^{ème} année de l'IFSI Bagatelle ne sont plus que huit (pour 14 initialement) et la durée totale est augmentée d'une demi-heure.

La composition des groupes était la suivante selon le genre, l'âge, la promotion ou réorientation professionnelles :

Promotion Critères	CRF1	CRF3	D1	D3	B1	B3	P1	P3
Femmes	14 (77,8%)	13 (76,5%)	12 (85,7%)	16 (94,4%)	13 86,7%)	9 (90%)	9 (75%)	11 (84,6%)
Hommes	4	4	2	1	2	1	3	2
Moyenne d'âge	27.44	25.23	25.72	27.94	25.53	23.8	34	27.76
Promotion professionnelle	1	2	2	3	0	0	2	0
Réorientation professionnelle	9	4	4	9	9	2	3	7

Tableau 14: Caractéristiques des groupes d'entretien selon les promotions

3.4.3 La retranscription des données

Grâce au progiciel *Le Sphinx Plus²* (version 5), le traitement des données qualitatives et quantitatives est possible. Ce logiciel permet également une analyse multidimensionnelle pour la question sur les représentations. D'autre part, ce logiciel autorise des traitements statistiques plus simples : surtout, il permet de créer des strates ou groupes dans l'échantillon total : nous projetons de créer des strates selon les IFSI d'origine (CRF, Dax, Bagatelle et Pellegrin), les promotions d'origine (première année et troisième année) et enfin chaque promotion prise séparément (CRF1, CRF3, D1, D3, B1, B3, P1 et P3).

Nous avons recodé certaines questions comme l'année de naissance (recodé en nombre d'années) ou le lieu d'origine. Pour ce dernier, nous avons voulu déterminer si leur commune se situait dans un espace urbain ou rural. Pour ce faire, nous nous sommes référés au code officiel géographique-zonage de 2009, produit par l'INSEE et consultable en ligne¹³.

¹³ <http://www.insee.fr/methodes/nomenclatures/cog/>

Sur la question 13 concernant les valeurs prônées par l'IFSI, nous avons pu également regrouper certaines réponses quasi identiques sur la formulation (« prendre soin » et « to care ») ou dont le sens est proche (« faire preuve de qualités humaines » et « humanisme »).

PARTIE 4 : ANALYSE DES DONNÉES ET DISCUSSION

4.1 Les étudiants et leurs IFSI d'appartenance

Qui sont les étudiants infirmiers ? Quels sont les IFSI dans lesquels ils suivent leur formation ? Quelles caractéristiques les étudiants leur attribuent-ils ?

Nous débuterons par la présentation comparative des caractéristiques des étudiants (Rubriques 2, 3 et 4 du questionnaire) selon leur IFSI d'appartenance, puis par celles de leur institut. Seuls les tableaux croisés apparaissent dans le corpus. Les tableaux de bord, ou à plat, sont en annexes.

4.1.1 Une origine socioculturelle diverse

Nous présentons les données sociodémographiques sous la forme de tableaux croisés afin de faciliter une lecture comparative.

Le genre

La proportion des femmes dans les différentes promotions n'est pas significative. Néanmoins, les femmes sont moins nombreuses à l'IFSI Bagatelle que dans les autres promotions. Ce sont les promotions de Dax (28,1% de l'échantillon total) suivies de celles de l'IFSI de la Croix-Rouge Française (24,3% de l'échantillon total) qui sont les plus féminisées.

Pour les promotions de 1^{ère} année, les promotions des IFSI de Dax et de Pellegrin sont plus féminisées que l'effectif national. Le taux d'étudiants y est de moitié inférieur au taux national.

Promo or Genre	National 2009	CRF1	D1	B1	P1
Féminin	84,9%	82,5%	90,1%	85%	91,2%
Masculin	15,1%	17,5%	9,9%	15%	8,8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 15: Répartition des étudiants selon le genre dans les promotions de 1^{ère} année

Pour les promotions de 3^{ème} année, le taux d'étudiants de l'IFSI Bagatelle est supérieur au taux national, alors que pour la 1^{ère} année il est quasiment le même.

Promo or Genre	National 2007	CRF3	D3	B3	P3
Féminin	83,2%	84,4%	93,4%	79,2%	90,1%
Masculin	16,8%	15,6%	6,6%	20,8%	9,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 16: Répartition des étudiants selon le genre dans les promotions de 3^{ème} année

L'âge

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 25,04 ans. Certaines nuances sont sensibles selon les promotions d'origine. La moyenne d'âge des étudiants de 3^{ème} année de l'IFSI Pellegrin est sensiblement plus élevée que les moyennes d'âge des étudiants des autres promotions de 3^{ème} année. La promotion la plus âgée est celle de Dax, avec une forte dispersion autour de la moyenne. La promotion de 3^{ème} année la plus jeune est celle de l'IFSI de Bagatelle, avec un faible taux de dispersion autour de la moyenne.

Promotion d'origine	Moyenne d'âge	Écart-type
CRF1	24,05	5,98
CRF3	25,47	5,37
D1	24,19	6,43
D3	26,77	6,52
B1	23,98	5,90
B3	25,44	4,84
P1	23,98	6,94
P3	27,08	5,98
Total	25,12	6,14

Tableau 17: Tableau des moyennes d'âge selon les promotions d'origine

Toutes promotions confondues, 62,1% des étudiants sont célibataires, 37,3% vivent en couple, mariés ou non, et 14% ont des enfants dont 10% ne sont pas encore scolarisés.

La profession et catégorie socio-professionnelle des parents

La PCS du père

C'est la catégorie des Cadres et professions intellectuelles supérieures¹⁴ (3) qui est la plus représentée. Puis celle des employés (5), suivie de celle des retraités (7).

¹⁴ Nous noterons désormais « Cadres »

Le croisement de la variable « Promotion d'origine » avec la PCS du père présente une dépendance très significative ($\chi^2 = 50,47$, ddl = 21, 1-p = 99,97%.)

La proportion des étudiants de Bagatelle ayant un père cadre (PCS 3) est significativement plus élevée que dans les autres promotions. Les étudiants de Dax se situent dans l'exact opposé.

La proportion des étudiants de l'IFSI de la Croix-Rouge Française dont le père a une profession intermédiaire (PCS 4) est significativement plus élevée que dans les autres promotions. La proportion des étudiants de l'IFSI de Dax dont le père est ouvrier (PCS 6) est significativement plus élevée que dans les autres promotions.

CSP Père	1	2	3	4	5	6	7	Décédé	TOTAL
Groupe IFSI									
Dax	1,0%	4,4%	5,6%	2,7%	6,5%	4,6%	5,4%	0,8%	31,1%
Pellegrin	0,8%	1,9%	6,9%	2,1%	5,4%	2,3%	3,3%	0,0%	22,8%
Croix-Rouge	0,2%	4,0%	9,2%	5,2%	5,0%	1,3%	3,6%	0,2%	28,6%
Bagatelle	0,0%	2,5%	7,1%	1,3%	1,3%	2,1%	3,3%	0,0%	17,5%
TOTAL	2,1%	12,7%	28,8%	11,3%	18,2%	10,2%	15,7%	1,0%	100%

($\chi^2 = 50,47$, ddl = 21, 1-p = 99,97%.)

Tableau 18: Tableau croisé entre la PCS du père et le groupe IFSI

L'examen plus fin de cette corrélation entre PCS du père et promotion d'origine montre que la proportion des étudiants de D3 et de P3 ayant un père agriculteur exploitant (PCS 1) est significativement plus élevée que dans les autres promotions. Ceci peut s'expliquer par le fait que les Landes soit un département à fort développement agricole et la Gironde, le plus grand département français.

Pour les étudiants de l'IFSI de la Croix-Rouge Française, la PCS du père se situe majoritairement dans la catégorie 3, celle des cadres et professions intellectuelles supérieures. Quand leur père retraité était en activité, il était majoritairement employé puis, en proportion égale, ouvrier et cadre ou exerçant une profession intellectuelle supérieure. Aucun étudiant n'a un père exploitant agricole

La PCS de la mère

La catégorie des employés est la plus représentée, puis celles des professions intermédiaires, et des cadres.

Le tableau croisé présente une dépendance très significative ($\chi^2 = 56,67$, ddl = 33, 1-p = 99,37%.) concernant essentiellement deux points : l'appartenance à l'IFSI de Dax et la

mère ayant une profession classée comme employé ou artisan ; l'appartenance à l'IFSI de Bagatelle et la mère exerçant une profession intermédiaire.

CSP Mère Groupe IFSI	1	2	3	4	5	6	7	Au foyer	Chôm age	ESI à FN	Décé dée	SP Hand icapée	TOTAL
Dax	0,8%	2,1%	3,5%	3,3%	14,0%	2,3%	2,7%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	31,3%
Pellegrin	0,8%	0,8%	4,7%	5,0%	5,6%	1,4%	1,4%	2,5%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	22,5%
Croix-Rouge	0,0%	0,8%	6,8%	6,6%	7,8%	1,0%	2,3%	2,3%	0,0%	0,2%	0,4%	0,2%	28,5%
Bagatelle	0,2%	0,4%	3,5%	5,2%	4,1%	0,8%	1,9%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	17,7%
TOTAL	1,9%	4,1%	18,6%	20,0%	31,6%	5,6%	8,3%	9,1%	0,2%	0,2%	0,4%	0,2%	100%

(chi2 = 56,67, ddl = 33, 1-p = 99,37%.)

Tableau 19: Tableau croisé entre la PCS de la mère et le groupe IFSI

Les subventions

La moitié des étudiants, et majoritairement les étudiants de l'IFSI de Dax, bénéficient de subventions ou de bourses. L'étude des deux variables précédentes a montré que les parents de ces étudiants avaient une profession classée comme ouvrier et employé ou artisan.

Sont classées dans les subventions les allocations versées dans le cadre de la Promotion Professionnelle Hospitalière. Cette donnée peut influencer la proportion de ces subventions sur les ESI de Dax où la proportion d'anciennes AS est la plus forte.

Subv Groupe IFSI	Oui	Non	Dde en cours	TOTAL
Dax	20,9%	9,3%	0,4%	30,6%
Pellegrin	9,1%	13,0%	0,2%	22,3%
Croix-Rouge	11,0%	18,3%	0,0%	29,2%
Bagatelle	9,5%	8,3%	0,0%	17,9%
TOTAL	50,5%	48,9%	0,6%	100%

(chi2 = 37,18, ddl = 6, 1-p = >99,99%.)

Tableau 20: Proportion d'étudiants bénéficiant de subventions ou de bourses selon les IFSI d'origine

Le travail pendant la formation

En cohérence avec la donnée précédente, les étudiants de l'IFSI de Dax sont proportionnellement les plus nombreux à ne pas travailler pendant leurs études.

A contrario, ceux de l'IFSI de Bagatelle, dont les parents appartiennent aux PCS des cadres et des professions intermédiaires, n'ont pas obtenu de subvention ou de bourse et travaillent pendant leur formation. Cette proportion est significative (chi2 = 15,16, ddl = 3, 1-p = 99,83%).

Les étudiants de 1^{ère} année travaillent autant en intérim général (« petits boulots », dans la restauration) qu'en intérim dans les établissements de soins. Ce dernier point est

questionnant car, n'ayant pas encore validé leur première année de formation, les étudiants ne peuvent bénéficier de l'équivalence du diplôme d'aide-soignante et donc travailler comme « faisant fonction d'aide-soignant » dans les établissements de santé.

Les étudiants de 3^{ème} année, dont un tiers a travaillé tout au long des trois années de la formation, travaillent essentiellement dans les établissements de soins, la nuit et/ou le week-end.

Le cursus scolaire ou professionnel

Un des diplômes autorisant l'inscription au concours d'entrée est le diplôme professionnel aide-soignant (DPAS). Les AS en promotion professionnelle sont peu représentés dans l'IFSI Bagatelle (0,4%), plus présents à celui de Dax. Les étudiants de la Croix-Rouge Française sont ceux qui ont le moins de diplômes autres que ceux exigés règlementairement.

Les promotions de 1^{ère} année

La série SMS (Sciences MédicoSociales) du baccalauréat qui prépare traditionnellement aux professions de la santé est sous représentée. Au niveau national en premier lieu, le taux de cette série est en baisse par rapport à 2007 (promotion de 3^{ème} année). Nous pouvons faire l'hypothèse que les étudiants détenteurs de ce type de baccalauréat ont été réticents à s'inscrire dans une formation intégrant le cursus universitaire, se sentant peut-être insuffisamment préparés. La proportion des étudiants de l'IFSI Pellegrin détenteurs d'un baccalauréat S est supérieure à la fréquence nationale.

La série ES est surreprésentée de manière significative chez les ESI de CRF1.

Séries Bac	Taux national en 2009	CRF1	D 1	B 1	P 1
S	5,9 %	8,7%	8,7%	7,1%	10%
SMS	8 %	2,5%	8,7%	0,8%	3,3%
ES	4,5 %	9,1%	7,5%	2,9%	3,3%
L	1 %	5,8%	3,7%	2,5%	2,9%
STG	1 %	0,4%	2,1%	-	0,4%

(dépendance peu significative $\chi^2 = 47,03$, ddl = 36, 1-p = 89,67%)

Tableau 21: Tableau croisant le type de baccalauréat et les promotions de 1^{ère} année

Les promotions de 3^{ème} année

Pour les ESI de 3^{ème} année, la série S du baccalauréat est surreprésentée d'une manière significative dans les promotions des IFSI de Bagatelle et Pellegrin, dans une moindre mesure dans l'IFSI de la Croix-Rouge Française.

Séries Bac	Taux national en 2007	CRF3	D 3	B 3	P 3
S	7,19 %	9,2%	3,4%	12,1%	11,6%
SMS	10,88 %	6,3%	9,2%	0,5%	1,9%
ES	6,61 %	6,8%	4,8%	2,4%	4,4%
L	1,72 %	3,9%	2,9%	2,4%	3,4%
STG	1,4 %	-	-	-	-

(dépendance très significative. $\chi^2 = 70,44$, ddl = 33, 1-p = 99,98%.)

Tableau 22: Tableau croisant le type de baccalauréat et les promotions de 3^{ème} année

Un sixième des étudiants ont suivi au préalable une ou deux années du Premier Cycle des Études Médicales (PCEM). Ces étudiants sont plus nombreux de manière significative à l'IFSI Pellegrin qu'à celui de Dax et, dans une moindre mesure, qu'à l'IFSI de Bagatelle ou celui de la Croix-Rouge Française. Significativement, ce sont les étudiants ayant obtenu un baccalauréat S qui ont suivi un Premier Cycle des Études Médicales.

La série SMS du baccalauréat est surreprésentée de manière significative parmi les ESI de D3.

La promotion professionnelle

Les aides-soignants (AS) après quelques années d'exercice peuvent présenter le concours. Dans la majorité des cas, ils peuvent bénéficier de la Promotion Professionnelle Hospitalière (PPH) et, après l'obtention du diplôme d'état infirmier, iront travailler comme infirmiers dans leur établissement d'origine.

La proportion des ESI anciens AS est faible : 4,7% des répondants dans l'échantillon total. La répartition dans les IFSI, toutes promotions confondues, débute à 0,4% à l'IFSI Bagatelle pour atteindre 1,8% à celui de Dax. Dans les deux autres IFSI, les répondants sont 1,2% à être d'anciens AS. Un seul homme parmi ces ESI qui est étudiant à l'IFSI de la Croix-Rouge Française, en 3^{ème} année.

4.1.2 Le projet professionnel des étudiants

Les raisons du choix du métier

Les étudiants infirmiers placent dans l'ordre comme raisons explicatives de leur choix :

- ils ont envie de « soigner »
- ils ont été sensibilisés à ce métier par une personne référente
- ils ont été influencés par le milieu familial.

L'item 5 « envie de “soigner” » est placé en milieu de grille, ce qui a pu être un biais, le répondant ayant pu y être « attiré » car le milieu représente la moyenne. Cet item résonne avec la mission *princeps* de la profession, princeps et première à être énoncée, peut-être tant elle va de soi... qu'est-ce que soigner pour chaque répondant ? L'influence de l'entourage qu'il soit familial ou non (choix 1 et 3) dans le choix de la profession est souligné. Nous pouvons nous questionner sur la transmission d'une certaine représentation du monde en lien avec la profession : « on peut se demander si les enfants ne retiennent pas toujours quelque chose de l'expérience du travail de leurs parents (en termes de 'savoir-dire' et de 'savoir-vivre'), même s'ils n'accèdent pas directement au 'savoir-faire' (c'est-à-dire aux conditions pratiques d'exercice du métier) » (Dubois et al., 2007, p. 124). Dans certaines circonstances, le savoir-faire peut être tout de même approché : dans les entretiens, des étudiantes nous ont parlé de leur mère ou de leur tante, infirmières libérales, qu'elles ont accompagnées lors de certaines de leurs « tournées ».

Sur les 88 étudiants qui ont renseigné le choix 9 (Autre) de cette question, douze ont précisé leur choix 5 par « C'est une vocation » (dix étudiants) ou « Une envie depuis l'enfance qui ne s'explique pas » (deux étudiants). Ils appartiennent à l'IFSI Pellegrin (4 étudiants de P1 et un de P3), à l'IFSI de Dax (2 étudiants de D1 et un de D3), à l'IFSI Bagatelle (3 étudiants de B1) et à l'IFSI de la Croix-Rouge Française (1 étudiant de CRF1).

La dénégation de la vocation peut être le signe d'un refus de la perpétuation de la filiation religieuse de la profession. Mais la définition de ce terme évoque également une inclination, un penchant, une attirance ou un goût pour une profession ou un état, sans connotation religieuse.

Le choix 4 « Pour des raisons financières » représente 2,6% des avis. Cette réponse est plutôt choisie par les ESI ayant précédemment travaillé en secteur non sanitaire.

Motiv	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
Promo Or										
D3	2,5% (22)	1,3% (11)	1,6% (14)	0,5% (4)	3,9% (34)	0,1% (1)	0,3% (3)	0,3% (3)	0,9% (8)	11,4% (100)
D1	4,8% (42)	1,6% (14)	2,1% (18)	0,5% (4)	6,7% (59)	0,3% (3)	0,6% (5)	0,2% (2)	2,1% (18)	18,8% (165)
P3	2,3% (20)	1,4% (12)	1,0% (9)	0,3% (3)	4,4% (39)	0,1% (1)	0,3% (3)	0,1% (1)	0,8% (7)	10,8% (95)
P1	2,5% (22)	1,1% (10)	0,2% (2)	0,2% (2)	4,1% (36)	0,3% (3)	0,2% (2)	0,2% (2)	1,8% (16)	10,8% (95)
CRF3	2,5% (22)	1,4% (12)	1,7% (15)	0,2% (2)	4,9% (43)	0,3% (3)	0,6% (5)	0,5% (4)	1,1% (10)	13,2% (116)
CRF1	3,9% (34)	1,6% (14)	2,3% (20)	0,6% (5)	5,0% (44)	0,3% (3)	0,8% (7)	0,5% (4)	0,6% (5)	15,5% (136)
B3	2,1% (18)	1,0% (9)	1,1% (10)	0,3% (3)	4,4% (39)	0,2% (2)	0,7% (6)	0,6% (5)	1,6% (14)	12,1% (106)
B1	1,3% (11)	1,3% (11)	0,6% (5)	0,0% (0)	2,8% (25)	0,1% (1)	0,2% (2)	0,1% (1)	1,1% (10)	7,5% (66)
TOTAL	21,7% (191)	10,6% (93)	10,6% (93)	2,6% (23)	36,3% (319)	1,9% (17)	3,8% (33)	2,5% (22)	10,0% (88)	100% (879)

Tableau 23: Tableau des raisons du choix du métier selon la promotion

Le projet post diplôme

Les projets professionnels se portent en premier lieu sur les établissements hospitaliers publics de taille importante (CHG et CHU). Le choix de l'exercice humanitaire arrive en troisième intention.

Le choix du type et du lieu d'exercice est significativement corrélé à la promotion d'origine. Il semblerait qu'il y ait un effet « hôpital de rattachement » : les étudiants de Bagatelle, de Dax et de Pellegrin choisissent significativement et respectivement un établissement privé participant au service public¹⁵ (choix 6), un établissement public de type CHG et enfin un CHU. Trois structures auxquelles leurs IFSI d'appartenance sont réglementairement rattachés, leur murs étant situés dans l'enceinte de ces hôpitaux. L'IFSI de la Croix-Rouge Française au contraire n'est rattaché fonctionnellement à aucun hôpital ; réglementairement, à la Fondation Bergonié, institut de recherche et de traitement pour le cancer participant au service public. Les ESI choisiraient plutôt l'établissement auquel est rattaché son IFSI d'appartenance. Cela peut avoir un effet contrasté : les ESI, faisant de nombreux stages dans ces structures, peuvent faire des choix étayés par leurs expériences.

Le choix peut aussi être contraint : les ESI anciennes aides-soignantes (4,7% de l'échantillon total), si elles bénéficient de la Promotion Professionnelle Hospitalière (PPH), devront revenir travailler dans leur établissement. Les ESI anciennes aides-soignantes sont 65% à bénéficier d'une PPH.

Les étudiants de CRF3 et D3 choisissent de manière significative l'établissement privé à but lucratif (choix 1). Les ESI optant pour ce choix ont comme caractéristiques d'être plutôt célibataires, ont une moyenne d'âge de 25 ans, viennent de la région Aquitaine et de zones urbaines et ont le bac SMS.

Proj Pro Promo Or	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TOTAL
CRF1	1,1%	0,3%	2,5%	1,5%	2,1%	0,9%	0,9%	1,4%	2,0%	0,2%	1,5%	14,4%
CRF3	2,0%	0,8%	1,5%	1,5%	1,2%	0,6%	0,8%	1,3%	1,9%	0,5%	0,9%	12,9%
D1	1,0%	0,9%	4,3%	2,5%	2,5%	0,3%	0,2%	2,4%	3,3%	0,1%	1,1%	18,6%
D3	1,8%	1,0%	2,8%	0,8%	1,1%	0,4%	0,5%	1,5%	0,7%	0,5%	1,1%	12,3%
B1	0,8%	0,6%	1,5%	1,1%	1,5%	0,9%	0,5%	0,7%	0,8%	0,2%	0,9%	9,4%
B3	1,4%	0,2%	1,2%	1,1%	1,4%	1,1%	0,4%	1,4%	0,8%	0,3%	0,7%	10,1%
P1	0,9%	0,7%	1,5%	1,3%	2,8%	0,7%	0,7%	0,9%	1,3%	0,1%	1,1%	11,9%
P3	0,9%	0,4%	1,2%	0,7%	2,2%	0,9%	0,2%	1,4%	1,1%	0,7%	0,8%	10,4%
TOTAL	9,8%	4,9%	16,5%	10,5%	14,8%	5,7%	4,3%	10,9%	11,9%	2,6%	8,2%	100%

(dépendance très significative, $\chi^2 = 143,86$, $ddl = 70$, $1-p = >99,99\%$)

Tableau 24: Tableau croisant les choix de projet professionnel selon les promotions

¹⁵ La loi HPST a modifié cette appellation en établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). La Maison de santé Protestante Bagatelle et l'institut Bergonié sont des ESPIC.

Le choix de l'établissement pour le premier exercice est lié au genre. Les étudiants optent de manière significative ($\chi^2 = 18,88$, ddl = 10, 1-p = 95,81%) pour les établissements privés à but lucratif (choix 1) et pour l'intérim (choix 8) et écartent l'exercice en maison de retraite (choix2) et dans un Centre Hospitalier Général (choix 3).

Les établissements privés sont peu choisis. Mais tout cela dépend de l'offre dans le bassin d'exercice. Le CHU est une opportunité intéressante pour l'étudiant qui souhaite travailler dans des services de pointe, autant en termes de techniques que de population-cible. Il est à noter que l'intérim (choix8) est relativement peu choisi : les étudiants se seraient-ils censurés ?

Dans les choix « autres », c'est l'exercice libéral qui est plébiscité par 32,7% des étudiants surtout des femmes. Ce choix se place bien avant la spécialisation de puériculture. Cette dernière ne nécessite aucune ancienneté professionnelle, au contraire des deux autres spécialisations : Infirmier Aide anesthésiste (IADE) ou Infirmier de Bloc Opératoire (IBODE) ou encore de la formation cadre de santé. Infirmier libéral n'est pas une spécialisation et l'installation dans ce secteur est subordonnée à l'exigence de trois années d'exercice en milieu hospitalier. Ce choix est donc un choix à moyen terme et répond éventuellement à un déficit dans ce secteur d'exercice. Aucun étudiant ne souhaite devenir puériculteur.

Ce sont les étudiants de B1 qui se projettent dans une spécialisation (IADE et IBODE). Il s'agit de 3 femmes et un homme : cette « tendance » ne va pas dans le sens des statistiques nationales ; ils ont entre 18 et 24 ans et habitent en zone urbaine en Gironde. Nous nous sommes interrogée sur le lien entre ce projet et certains items des RSP. Pour ces deux spécialisations au plus proche des médecins, quels items ces ESI caractérisaient-ils de manière positive ? L'étude des réponses montre que les variables ayant la plus forte moyenne ($4,75 < m < 5$) sont *Communication*¹⁶, *Collaboration*, *Dextérité*, *Hygiène* et ceux ayant la plus basse ($1 < m < 2,5$) sont *Reconnaissance sociale*, *Hiérarchie*, *Vocation* et *Auxiliaire médical*. Nous nous questionnons sur cette dernière variable faiblement caractérisée : la spécialisation d'IADE est centrée sur la délégation médicale et la forte dépendance à cette profession.

4.1.3 L'institut de formation

Le concours d'entrée

Près de la moitié (46,8%) des étudiants présentent de 2 à 5 concours. Un quart d'entre eux présente des concours hors région Aquitaine : ce sont surtout des étudiants de l'IFSI de Dax qui souhaitent intégrer des IFSI de la région voisine de Midi-Pyrénées. Les ESI de l'IFSI

¹⁶ Nous noterons dorénavant ainsi les variables des RSP.

de Dax préparent les concours « géographiquement proches ». Les ESI de l'IFSI Bagatelle et de ceux de l'IFSI de la Croix-Rouge Française croisent de manière significative leur choix : ceux de l'IFSI Bagatelle présentent également le concours de la Croix-Rouge Française et ceux de l'IFSI de la Croix-Rouge française celui de Bagatelle.

Groupe IFSI Quels autres IFSI présentés ?	Dax	Pellegrin	Croix-Rouge	F.Nightingale	TOTAL
CHU-Pellegrin	2,1%	0,2%	3,8%	2,3%	8,4%
CRF	0,9%	1,1%	0,0%	2,0%	3,9%
FN	2,9%	3,3%	7,6%	0,0%	13,8%
Ch.P	3,1%	4,3%	8,2%	3,1%	18,7%
CHU-XA	0,2%	0,0%	0,7%	0,6%	1,5%
Dax	0,0%	0,4%	1,4%	0,6%	2,4%
Landes	5,2%	1,7%	0,4%	0,5%	7,8%
PA	5,0%	1,1%	2,0%	0,8%	8,8%
Lot-et-G	2,4%	0,9%	1,6%	1,8%	6,6%
Dor	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	1,7%
Hors région	5,1%	2,8%	1,9%	2,5%	12,2%
Lib	1,0%	1,2%	2,8%	2,7%	7,6%
CHU	2,3%	0,0%	3,2%	1,4%	6,9%
TOTAL	30,4%	17,3%	33,8%	18,6%	100%

Tableau 25: Tableau croisant l'IFSI et les concours présentés

Les étudiants de Dax ont été 17,2% à suivre une préparation (dép. significative, $\chi^2 = 11,06$, ddl = 3, 1-p = 98,86%). Les organismes préparant au concours ont des tarifs élevés. Cela représente certainement un effort financier au niveau de la famille. Nous rapprochons cette donnée des PCS Père dont les plus représentées sont les PCS 6 et 5. Ces familles ont un capital économique moindre. Mais, elles consentent à cet effort afin que leurs enfants accèdent à une PCS supérieure. Elles pourraient considérer que réussir à ce concours n'est possible qu'en faisant une préparation : leur enfant est en quelque sorte défavorisé par rapport aux autres et il s'agit d'être « meilleur » que les autres. La proportion des étudiants de B3 et de P3 n'ayant pas suivi de préparation est significativement élevée. Ces ESI ont un père qui appartient surtout à la PCS 3.

Prépa	Oui	Non	TOTAL
Promo Or			
D3	7,1% (35)	5,3% (26)	12,4% (61)
D1	10,1% (50)	8,1% (40)	18,3% (90)
P3	3,5% (17)	7,3% (36)	10,8% (53)
P1	5,1% (25)	6,5% (32)	11,6% (57)
CRF3	5,9% (29)	7,1% (35)	13,0% (64)
CRF1	7,7% (38)	8,5% (42)	16,2% (80)
B3	2,4% (12)	7,3% (36)	9,7% (48)
B1	4,5% (22)	3,7% (18)	8,1% (40)
TOTAL	46,3% (228)	53,8% (265)	100% (493)

($\chi^2 = 20,61$, ddl = 7, 1-p = 99,56%)

Tableau 26 : Tableau le suivi d'une préparation selon la promotion d'origine

Les valeurs

Concernant les valeurs véhiculées par l'IFSI et perçues par les étudiants, les graphiques¹⁷ montrent une certaine homogénéité en fonction des IFSI. L'IFSI de la Croix-Rouge Française tranche nettement en ne classant pas les mêmes valeurs (Annexe 7, p. 564 et 576).

Les étudiants de ce dernier IFSI classent comme valeurs premières « Humanité » et « Solidarité ». Les ESI de CRF3 emploient le terme général et imprécis de « Valeurs de CRF ». Comparativement aux autres IFSI, la valeur « Rigueur » est peu énoncée (1,3% pour CRF1, 1,4% pour CRF3). Le « Respect » est classé en 4^{ème} position (1^{ère} année) et 5^{ème} position (3^{ème} année) ; cette valeur apparaît dans le projet pédagogique de l'institut comme tout autant centrée sur l'étudiant que le malade.

Promotions	Valeurs perçues par les étudiants		
	Rang 1	Rang2	Rang3
CRF1	Humanité	Solidarité	Humanitaire
CRF3	Humanité	Solidarité	Valeurs CRF
D1	Respect	Rigueur	Écoute
D3	Respect	Rigueur	Éthique
B1	Respect	Humanité	Rigueur
B3	Respect	Rigueur	Vision holistique du patient
P1	Rigueur	Respect	Ponctualité
P3	Rigueur	Respect	Ponctualité

Tableau 27: Tableau récapitulatif des trois premières valeurs perçues selon les promotions

L'analyse croisée des strates Femmes/Hommes et 1^{ère} année/3^{ème} année montre une similitude parfaite entre les trois premières valeurs perçues par les étudiantes, et par les étudiants de 1^{ère} et de 3^{ème} année : *Respect*, et *Humanité*. Les étudiants se différencient par l'ordre qu'ils donnent à ces mêmes valeurs : *Rigueur*, *Respect* et *Humanité*

Les promotions de 1^{ère} année sont plus massivement en accord avec les valeurs prônées par leur institut que celles de 3^{ème} année, à l'exception des promotions de l'IFSI Pellegrin : 90,7% des ESI de 3^{ème} année sont en accord avec les valeurs pour 80,8 % des ESI de 1^{ère} année. Les ESI les plus en désaccord avec les valeurs perçues sont ceux des IFSI de la

¹⁷ Les graphiques référencés dans les annexes présentent par ordre décroissant les 20 premières valeurs du corpus.

Croix-Rouge française et de Dax. Les ESI les plus en accord avec les valeurs de leur IFSI sont ceux de l'IFSI de Bagatelle. Ceci est à moduler par le taux des non réponses qui est le plus important dans cet IFSI, avec un taux cumulé de 60,4%. Quand ils répondent à cette question, les étudiants sont majoritairement et fortement en accord avec les valeurs de leur institut, mais ils sont les plus nombreux à ne pas y répondre.

Promotion	CRF1	CRF3	D1	D3	B1	B3	P1	P3
Accord valeurs								
Oui	94,2	66,7%	89,9%	67,3%	100%	83,7%	80,8%	90,7%
Non	1,5%	22,8%	2,9%	15,4%		2,3%		2,3%
Cela dépend	2,9%	8,8%	2,9%	15,4%		14%	5,8%	4,7%
Non réponse	15%	12,5%	27,5%	16,4%	20%	40,4%	21%	20,75%

(Dépendance très significative, $\chi^2=84,58$, $ddl=21$, $1-p=>99,99\%$)

Tableau 28: Tableau croisé de l'accord sur les valeurs perçues selon la promotion

Certains étudiants ont répondu à cette question sans trop de censure semble-t-il. Ou par un point d'exclamation, ou par « Fais-le en douce, ça fera moins de mousse ».

Concernant les étudiants des IFSI de la Croix-Rouge française et de Dax, les entretiens amènent des données concordantes. Les ESI de ces deux IFSI expriment un sentiment d'abandon, de non accompagnement, de comportements jugés comme arbitraires de la part de l'équipe des formateurs, représentante de l'institution. Il semble qu'il y ait un écart entre les valeurs formalisées, énoncées dans les discours ou dans le projet pédagogique et les positionnements adoptés au quotidien par les représentants de l'institution.

L'histoire des IFSI

Globalement, les étudiants ont très peu répondu à cette question sur les faits historiques marquant de leur institut. Il y a 305 non réponses sur 494 dont la majorité dans les promotions de 1^{ère} année.

La plupart des étudiants énoncent comme fait historiques des valeurs, des évènements récents propres à leur institut. Ces évènements peuvent être centrés sur les étudiants (création d'une association étudiante, tension avec l'équipe des formateurs), ou sur des personnes en tant que représentante de l'institution (départ et arrivée d'une directrice).

Les étudiants de l'IFSI de Dax (Annexe 7, p. 595 et 607) énoncent des faits généraux, comme la réforme des études de 2009, mais non des faits spécifiques à leur institut. Saint-Vincent de Paul, né à quelques pas de Dax, a créé l'ordre des Filles de la Charité qui fut

l'ordre des religieuses soignantes dans nombre d'hôpitaux, dont l'Hôpital Thermal de Dax. 62% des étudiants de D3 disent ne pas connaître l'histoire de leur institut.

Les étudiants de la Croix-Rouge Française (Annexe 7, p. 567 et 582) et ceux de l'IFSI de Bagatelle (Annexe 7, p. 619 et 631) rapportent des faits historiques réels. Pour les premiers, la création de la Croix-Rouge par H. Dunant après le constat du carnage de la bataille de Solferino, l'orientation humanitaire. Pour les seconds, la fondation de l'école par Florence Nightingale et Anna Hamilton, l'école pionnière du « care », la renommée internationale, la collaboration avec les infirmières américaines, l'occupation des locaux de l'école par l'armée allemande pendant la Seconde Guerre Mondiale.

Ces deux IFSI sont les seuls à ne pas porter le nom de l'hôpital auquel ils sont rattachés : l'un porte le nom de la Croix-Rouge Française, association mondialement reconnue comme association humanitaire ; le second porte le nom d'une infirmière anglaise, considérée comme la fondatrice des soins infirmiers modernes, Florence Nightingale.

L'auto évaluation des compétences

Cette question sur l'autoévaluation des compétences n'est pas une question discriminante. Tous les étudiants ont une évaluation plutôt positive de leurs compétences, indépendamment de leur IFSI ou de leur année de formation.

Rappelons que le questionnaire a été distribué en milieu d'année universitaire, tous les étudiants de 1^{ère} année ont donc expérimenté un ou plusieurs stages.

Pour mieux préciser les tendances de ces résultats, nous avons regroupé d'une part les réponses aux propositions « Plutôt oui » et « oui, tout à fait » et d'autre part celles aux propositions « Plutôt non » et « Non, pas du tout ».

Ce sont les étudiants de D3 qui ont l'évaluation la plus positive de leurs compétences (93,5%) et ceux de B1 et de CRF1 la moins positive (78,7% et 78,8%). Ces étudiants de 1^{ère} année ont un taux élevé de « jugement neutre ».

Le genre n'est pas un facteur influant sur ce jugement : 86% des femmes et 81,1% des hommes ont répondu positivement à l'évaluation de leurs compétences.

Jugement Promotion	Jugement négatif	Jugement neutre	Jugement positif	NSP
CRF1	6,1%	10,4%	78,8%	4,8%
CRF3	3,1%	13,5%	82,9%	0,5%
D1	0,4%	9,9%	87,9%	1,8%
D3	0,6%	4,9%	93,5%	1,1%
B1	2,6%	14,5%	78,7%	4,3%
B3	1,4%	9,7%	88,2%	0,7%
P1	1,8%	9,4%	86,5%	2,3%
P3	0,6%	10,1%	89,3%	0%

Tableau 29: Tableau récapitulatif des évaluations des compétences selon la promotion

Les jugements sur le système de santé et l'universitarisation

Les étudiants sont majoritairement en désaccord de manière significative avec le déremboursement de certains médicaments mis en œuvre pour réduire le déficit du système de la protection sociale. La question à collecter le plus d'opinions neutres est celle sur la tarification à l'acte (42,9%).

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	1,7%	9,3%	40,7%	28,2%	6,6%	13,6%	100%
Jgt tarification à l'acte	7,8%	25,3%	42,9%	13,8%	2,7%	7,6%	100%
Jgt universitarisation formation	8,2%	21,4%	22,4%	26,9%	14,8%	6,4%	100%
Jgt déremboursement méd.	22,7%	37,3%	22,1%	11,8%	2,1%	4,1%	100%
Ensemble	10,1%	23,3%	32,0%	20,2%	6,5%	7,9%	100%

(chi2 = 417,54, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 30 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation (Ech. total)

Le taux de « NSP » à la question sur la loi HPST est significativement élevé (13,6%). Les ESI de 3^{ème} année finissant leur formation ont eu des apports sur le système de santé et la réforme de 2009 sur la réorganisation territoriale. Leur taux d'opinion neutre (38,8%) est moins élevé que chez les étudiants de 1^{ère} année.

Les deux items qui collectent le plus d'opinions neutres sont le jugement sur la loi HPST et celui sur la T2A (40,7% et 42,9%). Ce sont des items en relation avec l'organisation globale du système de santé, items qui peuvent leur paraître loin de leurs pratiques ou préoccupations quotidiennes. D'autre part, les préoccupations des patients sont loin de ces réformes du système de santé.

Par contre, les étudiants se situent clairement et significativement en désaccord avec le déremboursement de certains médicaments. Cette mesure touche directement les patients. Le déremboursement de certains médicaments, dits de confort, avait été planifié afin de contribuer à la réduction du déficit du système de la Sécurité sociale. Les étudiants sont nettement en désaccord avec cette mesure (54,2% pour les ESI de 1^{ère} année ; 66,6% pour les ESI de 3^{ème} année).

Concernant l'universitarisation de la formation, les étudiants de D3 sont majoritairement en désaccord (68,9%) et sont les moins neutres sur cette question. Ceux de l'IFSI Pellegrin sont plutôt en accord avec cette mesure : Bordeaux est une ville universitaire et les étudiants de P3 ont un délai de réorientation moyen avant d'entrer à l'IFSI de 5, 2 ans. 35% d'entre eux ont suivi une ou deux premières années du PCEM.

Les ESI de D1 sont plutôt en accord avec l'universitarisation de la formation infirmière ; un peu plus d'un tiers des étudiants émettent néanmoins un jugement « neutre » sur ce thème. Ce sont les étudiants de 1^{ère} année qui sont majoritairement favorables à cette réforme (50,8%) contre 31,1% des étudiants de 3^{ème} année. Lors des entretiens, ces derniers portaient un regard plutôt négatif sur le Référentiel de formation de 2009 : moins de stages, plus longs... Les étudiants s'interrogeaient sur la qualité formative des stages.

Les tests d'indépendance du Chi2 montrent une dépendance au moins significative entre les effectifs théoriques et les effectifs réels pour les distributions des différents IFSI.

L'IFSI de la Croix-Rouge Française

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	2,7%	12,0%	52,0%	18,7%	4,0%	10,7%	100%
Jgt tarification à l'acte	1,3%	21,3%	38,7%	20,0%	5,3%	13,3%	100%
Jgt universitarisation formation	0,0%	9,3%	24,0%	40,0%	16,0%	10,7%	100%
Jgt déremboursement médoc	20,0%	18,7%	36,0%	10,7%	2,7%	12,0%	100%
Ensemble	6,0%	15,3%	37,7%	22,3%	7,0%	11,7%	100%

(chi2 = 73,56, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 31 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de CRF1

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	0,0%	14,3%	38,1%	25,4%	3,2%	19,1%	100%
Jgt tarification à l'acte	12,7%	14,3%	47,6%	19,1%	3,2%	3,2%	100%
Jgt universitarisation formation	9,5%	25,4%	25,4%	22,2%	11,1%	6,4%	100%
Jgt déremboursement médoc	31,8%	31,8%	20,6%	12,7%	0,0%	3,2%	100%
Ensemble	13,5%	21,4%	32,9%	19,8%	4,4%	7,9%	100%

(chi2 = 66,16, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 32 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de CRF3

L'IFSI de Dax

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	1,1%	3,3%	46,2%	29,7%	5,5%	14,3%	100%
Jgt tarification à l'acte	7,7%	18,7%	52,8%	9,9%	3,3%	7,7%	100%
Jgt universitarisation formation	2,2%	14,3%	36,3%	24,2%	18,7%	4,4%	100%
Jgt déremboursement médoc	21,4%	43,8%	13,5%	13,5%	4,5%	3,4%	100%
Ensemble	8,0%	19,9%	37,3%	19,3%	8,0%	7,5%	100%

(chi2 = 128,35, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 33 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de D1

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	0,0%	4,9%	24,6%	41,0%	11,5%	18,0%	100%
Jgt tarification à l'acte	8,2%	24,6%	45,9%	16,4%	3,3%	1,6%	100%
Jgt universitarisation formation	19,7%	49,2%	11,5%	9,8%	1,6%	8,2%	100%
Jgt déremboursement médoc	26,2%	47,5%	14,8%	4,9%	1,6%	4,9%	100%
Ensemble	13,5%	31,6%	24,2%	18,0%	4,5%	8,2%	100%

(chi2 = 108,53, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 34 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de D3

L'IFSI Bagatelle

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	2,6%	18,0%	25,6%	33,3%	10,3%	10,3%	100%
Jgt tarification à l'acte	2,6%	15,4%	51,3%	15,4%	2,6%	12,8%	100%
Jgt universitarisation formation	15,4%	20,5%	12,8%	23,1%	20,5%	7,7%	100%
Jgt déremboursement médoc	20,5%	41,0%	18,0%	15,4%	0,0%	5,1%	100%
Ensemble	10,3%	23,7%	26,9%	21,8%	8,3%	9,0%	100%

(chi2 = 46,18, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 35 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de B1

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	2,1%	4,3%	44,7%	27,7%	2,1%	19,2%	100%
Jgt tarification à l'acte	16,7%	31,3%	37,5%	8,3%	0,0%	6,3%	100%
Jgt universitarisation formation	18,8%	20,8%	14,6%	25,0%	10,4%	10,4%	100%
Jgt déremboursement médoc	27,1%	45,8%	16,7%	10,4%	0,0%	0,0%	100%
Ensemble	16,2%	25,7%	28,3%	17,8%	3,1%	8,9%	100%

(chi2 = 67,28, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 36 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de B3

L'IFSI Pellegrin

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	3,5%	10,5%	35,1%	29,8%	12,3%	8,8%	100%
Jgt tarification à l'acte	5,3%	42,1%	33,3%	8,8%	1,8%	8,8%	100%
Jgt universitarisation formation	5,3%	17,5%	15,8%	40,4%	21,1%	0,0%	100%
Jgt déremboursement médoc	15,8%	36,8%	31,6%	14,0%	0,0%	1,8%	100%
Ensemble	7,5%	26,8%	29,0%	23,3%	8,8%	4,8%	100%

(chi2 = 68,31, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 37 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de P1

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	1,9%	11,3%	50,9%	22,6%	5,7%	7,6%	100%
Jgt tarification à l'acte	9,4%	39,6%	32,1%	11,3%	0,0%	7,6%	100%
Jgt universitarisation formation	3,8%	18,9%	26,4%	28,3%	18,9%	3,8%	100%
Jgt déremboursement médoc	18,9%	37,7%	24,5%	13,2%	5,7%	0,0%	100%
Ensemble	8,5%	26,9%	33,5%	18,9%	7,6%	4,7%	100%

(chi2 = 52,67, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 38 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de P3

Les promotions de 1^{ère} année

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	2,3%	9,5%	42,4%	27,1%	7,3%	11,5%	100%
Jgt tarification à l'acte	4,6%	24,1%	44,3%	13,4%	3,4%	10,3%	100%
Jgt universitarisation formation	4,2%	14,5%	24,8%	32,1%	18,7%	5,7%	100%
Jgt déremboursement méd.	19,6%	34,6%	24,6%	13,1%	2,3%	5,8%	100%
Ensemble	7,7%	20,7%	34,0%	21,4%	7,9%	8,3%	100%

(chi2 = 237,21, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 39: Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de 1^{ère} année

Les promotions de 3^{ème} année

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	NSP	TOTAL
Jgt loi HPST	0,9%	8,9%	38,8%	29,5%	5,8%	16,1%	100%
Jgt tarification à l'acte	11,6%	26,7%	41,3%	14,2%	1,8%	4,4%	100%
Jgt universitarisation formation	12,9%	29,3%	19,6%	20,9%	10,2%	7,1%	100%
Jgt déremboursement méd.	26,2%	40,4%	19,1%	10,2%	1,8%	2,2%	100%
Ensemble	12,9%	26,4%	29,7%	18,7%	4,9%	7,5%	100%

(chi2 = 213,89, ddl = 15, 1-p = >99,99%)

Tableau 40 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de 3^{ème} année

Les apprentissages

Le premier domaine d'apprentissage à renforcer est celui des soins techniques, toutes promotions confondues mais plus particulièrement et de manière significative les étudiants de D1 (chi2 = 397,48, ddl = 133, 1-p = >99,99%). L'apprentissage des soins coutumiers, c'est-à-dire ceux qui relèvent de l'entière initiative de l'infirmière, ne représentent que 4,2% des apprentissages envisagés. Les étudiants de 1^{ère} année sont réputés devoir apprendre en 1^{ère} année les soins coutumiers ou de nursing. Malgré le référentiel de formation de 2009 (Annexe 2, p.351) qui préconise de saisir toute opportunité d'apprentissage de soin technique, les équipes des services de soins ont cette demande de la maîtrise de ces soins en fin de 1^{ère} année. Est-ce la trace persistante du programme de 1979 : première année = Homme sain ?

Enfin, nous nous interrogeons sur la prétendue facilité à acquérir ces soins sous prétexte de leur universalité : chacun les assurant pour soi-même, il suffit de « transférer » ce que chacun réalise soi-même (se laver, s'habiller etc...) « sur » une personne malade.

Nous pensons que faire une toilette à une personne malade est un soin complexe, qui ne peut se réduire à un savoir-faire commun : ce soin mobilise la relation professionnelle et sa juste proximité, « dévoile » la sexualité en filigrane dans ces soins. Ces dimensions sont parfois imaginées ; elles sont en tout cas à mettre en travail pendant la formation.

Les étudiants de 3^{ème} année, après environ dix stages, peuvent être considérés comme ayant acquis cette compétence.

Néanmoins, concernant les soins techniques, s'agit-il là d'une « boulimie » concernant l'apprentissage de tous les soins inscrits dans le code santé publique (Annexe 1, p.301) ? Le temps de la formation ne suffirait pas. .. La formation vise plutôt à l'acquisition des critères de soins permettant d'appréhender toutes les soins, même les soins mal connus ou inconnus.

L'organisation est significativement plutôt une préoccupation des étudiants de 3^{ème} année, particulièrement ceux de Dax et Pellegrin. Les étudiants de 3^{ème} année des deux autres IFSI activent cet item moins significativement. Il s'agit de l'organisation des soins requis par un secteur de patients et non l'organisation d'un ou plusieurs soins pour un patient.

Les charges afférentes aux soins qui étaient pour les étudiants une découverte après leurs premiers stages et pour certains une déconvenue, est assimilée et ne nécessite pas d'apprentissage supplémentaire.

L'approfondissement des connaissances théoriques en sciences humaines et sociales est significativement activé par les étudiants de P1 et de CRF1. Celui des connaissances théoriques médicales l'est par les étudiants de B1.

Apprentissages à renforcer	Nb. cit. (rang 1)	Fréq.	Nb. cit. (rang 2)	Fréq.	Nb. cit. (somme)	Fréq.
Soins techniques	153	38,4%	58	21,6%	211 (0,91)	31,6%
L'organisation	73	18,3%	38	14,2%	111 (0,46)	16,6%
Conn théo médicales	54	13,5%	35	13,1%	89 (0,36)	13,3%
Le relationnel	37	9,3%	37	13,8%	74 (0,28)	11,1%
Démarche clinique inf / DDS	18	4,5%	16	6,0%	34 (0,13)	5,1%
PC globale du patient	11	2,8%	9	3,4%	20 (0,08)	3,0%
Conn théo Sc Hum	10	2,5%	17	6,3%	27 (0,09)	4,1%
Soins coutumiers	8	2,0%	6	2,2%	14 (0,06)	2,1%
Charges afférentes	7	1,8%	14	5,2%	21 (0,07)	3,2%
Gestion du stress	7	1,8%	16	6,0%	23 (0,08)	3,5%
Tous	6	1,5%	0	0,0%	6 (0,03)	0,9%
PC secteur	5	1,3%	12	4,5%	17 (0,06)	2,6%
Ordre du portfolio	5	1,3%	2	0,8%	7 (0,03)	1,1%
Autonomie	2	0,5%	2	0,8%	4 (0,02)	0,6%
Posture pro	1	0,3%	1	0,4%	2 (0,01)	0,3%
Santé Publique	1	0,3%	0	0,0%	1 (0,01)	0,2%
Honnêteté professionnelle	1	0,3%	0	0,0%	1 (0,01)	0,2%
Anticipation	0	0,0%	3	1,1%	3 (0,01)	0,5%
Entraînement soutenance TFE	0	0,0%	1	0,4%	1 (0,00)	0,2%
Collaboration	0	0,0%	1	0,4%	1 (0,00)	0,2%
TOTAL CIT.	399		268		667	100%

Tableau 41 : Tableau récapitulatif des apprentissages à améliorer

Après cette description des différents échantillons des étudiants, nous abordons maintenant l'étude des processus de catégorisation sociale et celle des représentations socio-professionnelles.

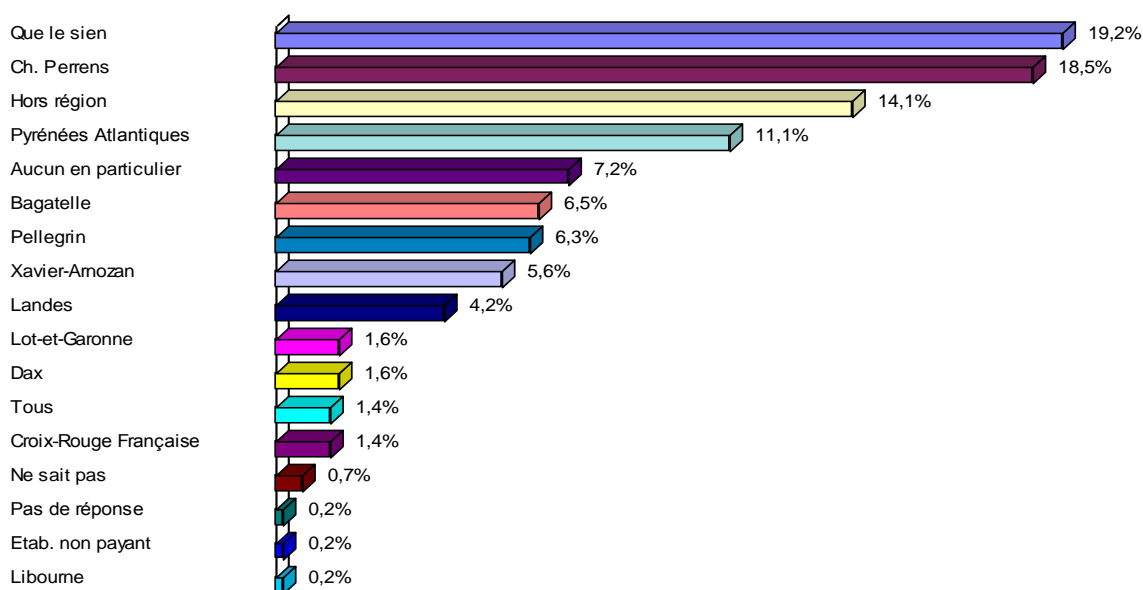
4.2 Une catégorisation sociale évolutive

4.2.1 L'approche quantitative

Acceptation d'autres IFSI pour la formation

Au sein de quel(s) autre(s) IFSI les étudiants auraient-ils souhaité suivre leur formation ? L'examen du graphique présentant par ordre décroissant le choix des autres IFSI pour y suivre leur formation montre qu'a été classé en tête le propre IFSI d'appartenance des étudiants puis l'IFSI Charles-Perrens qui est hors de notre champ d'étude mais qui apparaît ici en contrepoint.

Les classes Hors région et Pyrénées-Atlantiques peuvent s'expliquer par le poids des promotions de l'IFSI de Dax (30,8% de l'échantillon total) et par le fait que les grandes promotions du CHU drainent des étudiants dont le lieu d'origine est hors département ou hors région. Le choix hors région pour les étudiants de Dax peut se comprendre par la proximité de la Région Midi-Pyrénées et de sa capitale Toulouse.



Graphique 1 : Répartition des IFSI acceptés pour suivre la formation

Le tableau récapitulatif des choix des autres IFSI par promotions d'origine a été élaboré selon les sept premiers choix présents dans l'échantillon total auxquels ont été ajoutés : Dax, CRF et « Tous ». Quelle distinction opérer entre « Aucun en particulier » et « Tous » ?

Dire qu' « aucun IFSI en particulier » ne serait souhaité signifie qu'aucun IFSI n'est saillant, ne ressort ni ne tranche par rapport aux autres, par une caractéristique particulière. Le choix

est en quelque sorte morose. Énoncer *Tous* ressort d'un choix plus enthousiaste, tous ont de la valeur selon des critères différents mais c'est une vision non en creux mais positive du choix.

Choix	Que le	Ch-	Hors	PA	Aucun	Baga	Pelle	Dax	Tous	CRF
Promo or.	sien	Perrens	Région			telle	grin			
CRF1	15,5%	16,9%	7%	1,4%	14,1%	16,9%	9,9%	4,2%	5,6%	1,4%
CRF3	7,3%	29,1%	3,6%	5,5%	14,6%	5,5%	9,1%	1,8%	-	-
D1	15,5%	6,2%	13,4%	24,7%	1%	5,2%	8,3%	-	-	-
D3	8,6%	10,3%	24,1%	19%	8,6%	3,5%	5,2%	-	-	-
B1	33,3%	38,5%	12,6%	-	-	-	7,7%	-	2,6%	-
B3	45,7%	11,4%	11,4%	8,6%	2,9%	2,9%	2,9%	-	-	2,9%
P1	25%	18,8%	27,1%	2,1%	8,3%	6,3%		2,1%		6,3%
P3	18%	30,8%	12,8%	12,8%	5,1%	5,1%		-	-	-

Tableau 42 : Tableau des répartitions des choix des autres IFSI selon les promotions

Globalement les sept premiers choix se répartissent assez harmonieusement sauf pour les promotions de l'IFSI Bagatelle. Pour les étudiants de B1, les trois premiers choix représentent 84,4% du total (70,9% pour P1 et 35,1% pour D1) ; pour les étudiants de B3, ces trois premiers choix représentent 68,5% du total (61,6% pour P3 et 40% pour CRF3). De plus, ces deux promotions sont celles qui suivent au plus près le même ordre décroissant que l'échantillon total : strictement pour B3, à une inversion de rang pour B1.

Certains étudiants des promotions CRF1 et B3 choisissent leur IFSI d'appartenance comme « autre IFSI » où ils pourraient éventuellement suivre leur formation...

Les promotions de l'IFSI de la Croix-Rouge Française

La proximité géographique avec la famille ou le cercle amical est tout autant évoquée ici, avec le critère du coût financier allégé si l'institut est proche du domicile. Plus largement, la notion de gratuité est un élément fréquemment avancé pour expliquer les choix des instituts publics par exemple.

L'IFSI de Bagatelle est présenté du fait de sa réputation, du prestige de son nom ou de sa renommée. Quant à l'IFSI Charles-Perrens, ce sont les qualités de la formation (centrée sur le côté « psy »), les valeurs (le respect et l'écoute) et la posture de l'équipe pédagogique (aidante, dans l'accompagnement, assurant un suivi des étudiants) qui sont mises en avant.

Les instituts du CHU ont l'avantage de proposer des stages diversifiés.

Les promotions de l'IFSI de Dax

La proximité géographique est un critère fréquemment énoncé, avec son corollaire du coût financier pour se loger ou aller en stage. Les villes importantes le sont car elles ouvrent à la possibilité de stages dans des services techniques, de haute technicité, lourds et donc formateurs.

La spécificité de la formation est assez peu évoquée : l'accompagnement des ESI à Mont-de-Marsan ; les stages proches de l'institut à Toulouse ou Tarbes ce qui n'entraîne pas le découragement chez les étudiants. Les villes universitaires (Bordeaux ou Toulouse) sont attractives.

Les stages sont variés dans les hôpitaux universitaires qui proposent des services techniques. Les réputations des instituts Pellegrin et de Bagatelle sont évoquées.

Les promotions de l'IFSI Bagatelle

Les étudiants évoquent peu les IFSI autres que le leur. Celui-ci est présenté comme « la meilleure école », accueillante, proche des étudiants, possédant une bonne réputation. Le choix pour leur IFSI est parfois empreint d'affectivité : « un coup de cœur », faire ses études dans le même institut que sa mère.

L'IFSI Charles-Perrens est présenté comme l'alter-ego versant « psy » de l'IFSI Bagatelle : il prône les mêmes valeurs, considère les étudiants avec bienveillance, assure une formation réputée. Il gagne même à être comparé avec l'IFSI Bagatelle quant à l'encadrement psychologique des étudiants, plus efficient.

Les promotions de l'IFSI Pellegrin

La proximité géographique avec la famille ou le cercle amical est évoquée, avec son corollaire : l'allègement des coûts financiers si l'institut est proche du domicile.

Le choix de l'IFSI Charles-Perrens se fait sur le type de formation, centrée sur le côté « psy », sur l'accompagnement des étudiants par l'équipe perçue comme aidante et ouverte, sur le côté « famille » et convivial de l'institut, sur l'enseignement de qualité qui y est dispensé.

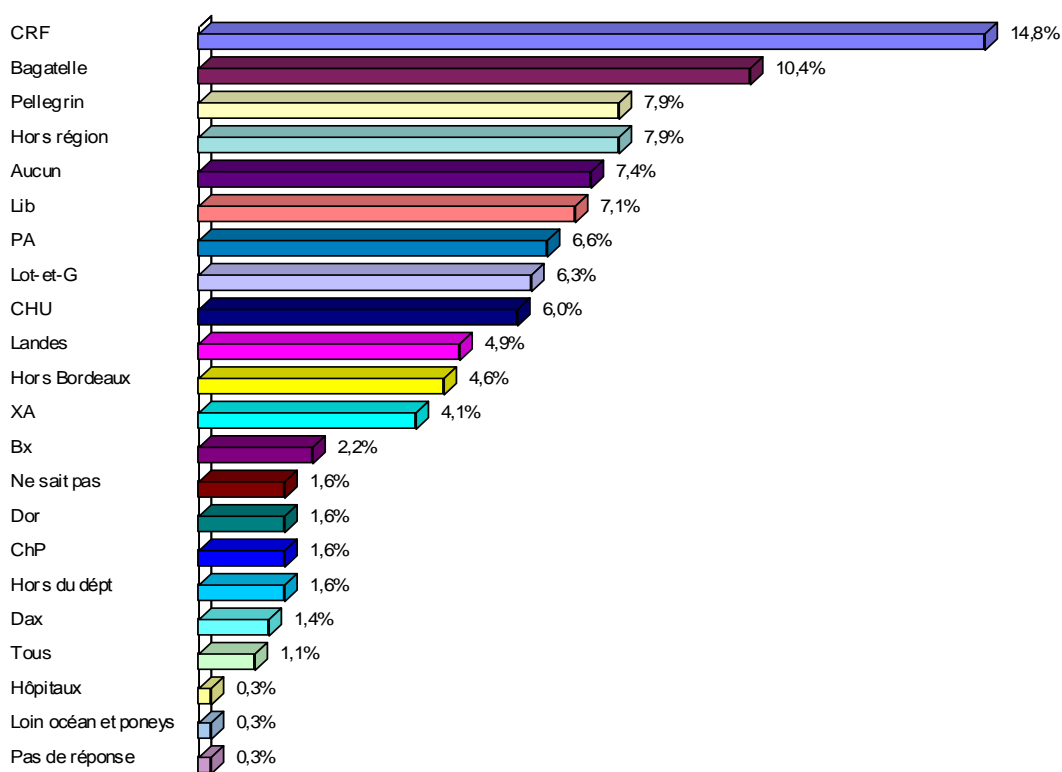
L'IFSI Bagatelle est réputé la meilleure « école » de Bordeaux, avec un encadrement et une formation de qualité.

C'est pour sa spécificité « humanitaire » que l'IFSI de la CRF est choisi. Les instituts à petits effectifs assurent un suivi des étudiants de meilleure qualité ; plus humain.

Refus d'autres IFSI pour la formation

De la même manière, quels autres IFSI les étudiants excluent-ils de leurs choix?

Quelles raisons avancent-ils pour expliquer ce rejet ?



Graphique 2 : Répartition des IFSI rejetés pour suivre la formation (échantillon total)

Très nettement, les étudiants rejettent l'IFSI de la Croix-Rouge Française comme choix éventuel. Les étudiants de cet IFSI place celui de Bagatelle en choix le plus rejeté.

Les promotions de l'IFSI de la Croix-Rouge Française

Les ESI parlent peu de l'éloignement des IFSI pour expliquer leur refus de certains IFSI pour y suivre leur formation.

Les instituts du CHU sont des « usines », impersonnelles du fait de leurs promotions importantes.

L'IFSI Bagatelle est rejeté du fait de la différence concernant les valeurs (rentrer dans un moule, ambiance trop pompeuse), sur la formation (trop technique, trop scolaire, ne visant pas l'autonomie infirmière, une pédagogie qui ne convient pas), sur le fonctionnement trop strict. L'équipe des formateurs du CHU et de CRF manquent de respect envers les ESI.

Les promotions de l'IFSI de Dax

L'éloignement géographique est rejeté dans un désir de rester dans la proximité de la famille et des amis mais aussi peut être parfois recherché dans une volonté d'indépendance et de changement.

Certains IFSI du bassin géographique régional sont rejetés du fait d'une réputation médiocre. Les IFSI avec de grandes promotions sont synonymes de formation impersonnelle, le suivi individuel des étudiants est facilité dans les « petits » IFSI. Ces effectifs peuvent engendrer un climat peu propice au travail.

Le caractère payant des études à l'IFSI de la Croix-Rouge Française est un frein. Le refus de l'IFSI Bagatelle se fonde sur une incompatibilité des valeurs.

Les promotions de l'IFSI Bagatelle

Le critère de l'éloignement est beaucoup moins mis en avant que précédemment, par les ESI de Dax.

L'IFSI de CRF est exclu de leurs choix à cause de sa mauvaise réputation et du caractère payant des études. Les ESI y sont livrés à eux-mêmes, doivent faire leurs cours eux-mêmes, et globalement le niveau de la formation est moyen.

Les IFSI du CHU du fait des effectifs importants sont impersonnels, les ESI y sont peu visibles. La formation est centrée sur le côté technique avec une imposition des procédures.

Les promotions de l'IFSI Pellegrin

Les étudiants évoquent ici aussi l'éloignement géographique comme un critère recherché afin de gagner en indépendance, un besoin de s'éloigner de sa famille, par exemple pour ne pas être comparé à sa mère. Au contraire d'étudiants de l'IFSI Bagatelle qui choisissaient cet IFSI justement parce que leur mère y avait fait ses études.

Le principal argument pour ne pas choisir l'IFSI CRF est qu'il est payant, puis qu'il a mauvaise réputation, qu'il a peu de crédits auprès des soignants et que les ESI doivent être autonomes.

L'IFSI Bagatelle est particulier, avec une mentalité spéciale. Son exclusion des choix potentiels repose sur son fonctionnement (strict, sévère), sur ses valeurs à connotation religieuse (poids religieux, sectaire) et à la posture des formateurs (durs, exigeants).

Nous voyons que parmi les répondants certains processus de catégorisation sociale sont à l'œuvre : favoritisme endogroupe, choix discriminant quant à l'IFSI écarté du choix. Cependant, certains arguments restent flous : sur quels éléments étayaient-ils leur jugement de réputation, qu'elle soit médiocre ou très bonne ? Les réponses aux questions sont parfois

laconiques, ou certaines nous ont semblé répondre à la question précédente. Qu'en est-il de la catégorisation portée par le discours ?

4.2.2 L'approche qualitative

4.2.2.1 Remarques préliminaires...

Présentation des analyses

Aborder le contexte plus général des représentations du métier, avant de centrer l'entretien sur la catégorisation sociale inter IFSI, a contribué à l'apport conséquent et riche de données. Nous focaliserons l'analyse thématique sur les modalités de la catégorisation inter IFSI et sur les éléments supports de cette catégorisation.

L'analyse thématique est transversale : par groupe, année de promotion et institut d'appartenance.

L'examen de la retranscription des idées principales des entretiens de 1^{ère} année fait apparaître divers axes :

- le métier : les représentations socioprofessionnelles de la profession,
- les responsabilités,
- les dimensions du soin : la dimension technique et la dimension relationnelle,
- les différents rôles : le rôle prescrit et le rôle propre, auxquels nous avons adjoint les charges afférentes aux soins, c'est-à-dire les soins indirects aux patients : prise de rdv, préparation des examens, transmissions... ces soins ne se réalisent pas au lit du malade.
- les stages et l'équipe de de soins qui assure une fonction d'encadrement sur le terrain,
- la formation assurée par l'institut,
- la catégorisation des IFSI : d'une part, celle de l'IFSI d'appartenance (dont l'équipe pédagogique) et d'autre part, celle des autres IFSI qui occupent la place d'alter, d'exogroupes.

Tous les axes ne seront pas évoqués à chaque entretien : les stages sont évoqués en début d'année au prix d'une projection alors qu'en fin d'année, après les avoir vécus, les étudiants en tirent expérience.

Les deux entretiens sont différenciés pour toutes les promotions. En 1^{ère} année, les entretiens de début d'année se sont déroulés pour tous les IFSI avant le premier stage. Dès le début de la formation, avant même de partir pour leur premier stage, les étudiants découvrent des éléments surprenants et déstabilisants. Puis, en se confrontant à la « réalité vraie » des stages, que ce soit lors des rencontres avec les patients ou avec les équipes soignantes, les

étudiants en soins infirmiers vont quitter sensiblement leur positionnement profane ou novice (Benner, 2003) et leurs représentations socio-professionnelles vont se modifier.

Pour les promotions de 3^{ème} année, les axes d'analyse sont différents. Désormais en fin de formation, les étudiants sont tournés vers les épreuves du Diplôme d'État et leur future prise de fonction. Les axes suivants ont été extraits de l'analyse des entretiens des promotions de 3^{ème} année :

- le métier : les représentations socioprofessionnelles de la profession,
- les stages, les compétences
- la formation assurée à l'institut
- l'identité professionnelle : les étudiants évoquent davantage le regard que portent les équipes sur ces encore stagiaires, futurs pairs,
- les IFSI : l'IFSI d'appartenance (dont l'équipe pédagogique) et d'autre part, les autres IFSI qui occupent la place d'alter, d'exogroupes.

L'analyse de l'énonciation se centrera sur la présentation d'éléments paralinguistiques, de communication non verbale, et de les mettre en lien avec la situation d'entretien.

Convention de référencement

La retranscription des idées principales des entretiens des groupes de 1^{ère} année sont en annexe 3a, ceux de 3^{ème} année en annexe 3b.

Pour situer l'extrait ou la référence d'un entretien, il conviendra de se rapporter, dans l'ordre, à l'année de promotion (1^{ère} ou 3^{ème} année), à l'IFSI d'appartenance (CEF, D, B ou P), à l'ordre de l'entretien (début ou fin d'année), au groupe (G1 à G5) et enfin à la ligne.

Pour rappel, les IFSI sont référencés avec les codes suivants :

- CRF1 pour Croix-Rouge Française 1^{ère} année,
- CRF 3 pour Croix-Rouge Française 3^{ème} année,
- D1 pour Dax 1^{ère} année,
- D3 pour Dax 3^{ème} année,
- B1 pour Bagatelle 1^{ère} année,
- B3 pour Bagatelle 3^{ème} année,
- P1 pour Pellegrin 1^{ère} année,
- P3 pour Pellegrin 3^{ème} année.

En cohérence avec notre hypothèse générale, les résultats sont présentés par année et par IFSI. Enfin, nous emploierons le sigle ESI pour « étudiants en soins infirmiers ».

4.2.2.2 Les promotions de première année

IFSI de la Croix-Rouge Française

Entretien de début d'année

Les entretiens de début d'année de CRF1 se situent en Annexe 4, p.367 à p.379.

La situation d'entretien

Les entretiens se déroulent à l'IFSI de la Croix-Rouge Française, après ou pendant la pause déjeuner qui est d'une heure. Aucun groupe n'a accepté de rester après les cours. Les échanges sont émaillés de nombreux rires, ou parfois versent dans le brouhaha.

Le métier

C'est un métier de plein emploi qui offre des modes d'exercice divers, avec des populations différentes (G2 ; 109)¹⁸.

Les responsabilités infirmières

Les responsabilités paraissent soudain écrasantes. Même de la part d'une ancienne aide-soignante : « Je ne pensais pas que c'était autant » (G1 ; 27).

Un corollaire aux responsabilités sont les savoirs approfondis : « Je ne pensais pas qu'elle avait autant de connaissances » (G2 ; 24).

Les dimensions du soin

Deux dimensions du soin infirmier sont évoquées. La dimension relationnelle est davantage perçue par ceux qui avaient plutôt une vision technique du métier (G1 ; 55). Le pôle relationnel de l'activité infirmière (G1 ; 39) « je me suis rendue compte de l'ampleur du relationnel dans les soins » est perçu et entraîne des qualités chez l'infirmière pour assurer ces rôles de soutien et d'aide de l'infirmière (G4 ; 49) : entre autres qualités, c'est une personne empathique (G3 ; 135), qui possède également des qualités féminines : « L'infirmière est maternelle » (G4 ; 35) (la mère de l'étudiante est infirmière IBODE), elle s'occupe des autres et réalise des soins techniques et relationnels. Soigner est presque naturel, quasi une vocation (G3 ; 149-150).

L'infirmière est quelqu'un qui n'a pas le temps, qui court (G2 ; 38) et qui effectue surtout des soins techniques, c'est une « piqueuse » (G2 ; 38) et ceci constitue l'image d'Épinal de l'infirmière (G2 ; 44).

Les différents rôles

¹⁸ 1^{ère} année, CRF, Entretien1, Groupe2, ligne 109.

Le rôle prescrit est connu et le champ d'autonomie par rapport au médecin était perçu comme réduit voire inexistant : « Elle a son rôle prescrit par le médecin, ensuite elle est livrée à elle-même » (G1 ; 61), « elle est au service du médecin, appliquant presque bêtement les prescriptions » (G2 ; 52).

C'est également la découverte des charges afférentes aux soins¹⁹ souvent nommées « paperasse » : « le métier d'infirmière, [c'est] aussi un rôle de papier » (G2 ; 31).

Le rôle propre, autonome de l'infirmière, est appréhendé plutôt comme une obligation réglementaire que comme un champ ouvrant à l'autonomie : la prise d'initiative est demandée, à l'infirmière (G1 ; 38), voire requise.

Les stages, les équipes de soins

C'est le lieu déterminant qui permet de confirmer leur choix professionnel. Il permet d'être dans le concret, dans l'action (G2 ; 63), de changer de rythme, être dans l'activité et non plus dans la passivité (AS) : « ne plus être assis sur une chaise » (G1 ; 14). La rencontre avec le patient se réalise enfin et il « s'agit de vivre la relation avec le patient » (G4 ; 202).

Les étudiants en soins infirmiers (ESI) sont impatients de partir en stage et en même temps appréhendent cette première immersion en situation quasi professionnelle : s'interrogent sur l'encadrement, l'accompagnement qui sont leurs garde fous « pour ne pas faire n'importe quoi » (G1 ; 96), sur ce qu'ils vont faire : observer ? « Faire des tâches basiques et un peu ingrates » ? (G2 ; 69)

L'équipe peut tout autant être un soutien (G1 ; 80) « c'est un travail d'équipe » qu'être absente (G1 ; 35). La notion de travail en binôme est relativisée par des anciennes AS : ce serait un idéal (G1 ; 81 à 82), par définition difficile à atteindre.

Les relations d'équipes peuvent être conflictuelles (G3 ; 142) mais aussi enrichissantes car elles permettent de se confronter à d'autres manières de travailler (G2 ; 108). Certains ont une vision théorique, officielle du tutorat et de l'encadrement en stage (G1 ; 99-102).

La formation

L'entrée en formation pour laquelle ils ont passé de nombreux concours est difficile ; La charge de travail est importante, insoupçonnée (G2 ; 28/G4 ; 102) et certains se disent en grande difficulté : « je coule, je nage » (G3 ; 184). Étonnement par rapport à certains savoirs comme la biochimie (G3 ; 178) dont les étudiants questionnent l'intérêt (G2 ; 48). Mais dans l'ensemble, la scientificité des savoirs participent de la reconnaissance (G3 ; 183). À côté de ces savoirs scientifiques, ceux des sciences humaines et de la philosophie tiennent une grande

¹⁹ Ce sont tous les soins indirects aux patients : prise de rdv, préparation des examens, transmissions... ces soins ne se réalisent pas au lit du malade.

place (G4 ; 166) L'universitarisation est effective mais l'IFSI est plus rigide que l'université (G4 ; 73) ; on sent cependant encore « les valeurs maison » (G4 ; 119).

La formation met en exergue la dimension relationnelle : c'est à l'IFSI que les étudiants apprennent à entrer en relation (G1 ; 54 à 55), car la relation est un métier (G3 ; 169) Ils ont une vision négative de l'ancien programme (choix par défaut, pas besoin du baccalauréat) (G3 ; 202).

L'équipe pédagogique suscite peu de commentaire : elle est jugée sincère (G4 ; 227).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (CRF)

Le choix de l'institut se fait sur son nom, « un nom qui sonne bien » (G3 ; 65), sur « sa marque » : l'humanitaire (G3 ; 61). Les valeurs sont perçues comme l'humanisme (G3 ; 49), l'ouverture d'esprit (G3 ; 63), « On sent les valeurs de la Croix-Rouge que son l'accueil et la bienveillance » (G3 ; 91,105). Dès le concours, sont décelées des nuances : « Un concours philo » (G2 ; 188).

Le coût de la formation, élément péjoratif, peut avoir des conséquences positives « C'est un établissement privé, donc il n'y a pas de grève des profs ni des cadres soignants » (G3 ; 70) ; « C'est une école payante mais cela permet de sélectionner les étudiants » (G3 ; 93).

Dans le même mouvement, pour la plupart des étudiants, reçus sur la liste complémentaire, c'est plutôt un choix contraint, le dernier choix (G1 ; 182) car payant (le plus cher de tous) et le seul concours qu'ils aient réussi.

Les autres IFSI

- L'IFSI Bagatelle

C'est l'IFSI le plus renommé, le plus réputé, le plus carré, le plus droit de Bordeaux avec celui de Charles-Perrens (G2 ; 159).

Un facteur socio-culturel est évoqué de manière discriminatoire : l'institut, dans son climat (G1 ; 168) (rappelant la rigueur protestante) et son ambiance « je n'aime pas l'ambiance, pas à ma place » (G2 ; 164), véhicule valeurs et principes des classes sociales supérieures, bourgeoises : « J'ai trouvé l'IFSI trop embourgeoisé lors de l'oral » (G2 ; 169) ; « Lors du concours j'étais jugée sur ma personne et non sur mon discours » (G3 ; 81). Chez les étudiants de ce début de 21^{ème} siècle résonnent les principes mis en œuvre par Anna Hamilton à la création de l'école en 1862 : recruter dans l'élite bordelaise des jeunes femmes de bonne réputation et de religion protestante.

- L'IFSI Pellegrin

Au contraire des petites promotions de l'IFSI de la Croix-Rouge Française, l'effectif important des promotions est l'élément différenciateur qui font de cet IFSI « une usine » (G1. 179).

- L'IFSI Charles-Perrens

Historiquement situé dans un hôpital psychiatrique et assurant jusqu'en 1992 une formation spécifique pour les infirmiers psychiatriques, cet IFSI, qualifié de meilleur, est évoqué par sa « marque » : le côté « psy » qui lui octroie une ouverture d'esprit (G4 ; 153). Son concours est difficile, « limite philosophique » comme celui de la Croix-Rouge.

Entretien de fin d'année

Les entretiens de fin d'année de CRF1 se situent en Annexe 4, p.384 à p.393.

La situation d'entretien

Lors de ce second entretien, les étudiants sont centrés sur les stages et la formation reçue à l'institut. Un entretien a été centré sur le malaise d'un étudiant (G2) : arrivé en retard au rendez-vous, il avait un problème avec l'institution concernant la revalidation d'un stage pendant ses vacances et concernant les dates de la deuxième session. Il a été soutenu par ses camarades, qui l'ont écouté et conseillé, nous sommes restée lors de cet entretien en retrait. Lors de l'entretien avec G1, nous avons dû demander aux membres du groupe de s'écouter (G1 ; 151) et de pas tous parler en même temps. Le sujet de la vive discussion était la démarche de soins (DDS) et sa mise en œuvre effective sur les terrains de stage.

Les dimensions du soin

La dimension technique comme relationnelle s'apprennent (G3 ; 24, 27,41) car chez certains ce n'est pas inné (G3 ; 27). La formation est impliquée dans l'apprentissage de la relation (G3 ; 39) et « le concours vise à percevoir si on a la vocation » (G3 ; 42).

Les différents rôles

Le rôle propre a été repéré mais le rôle prescrit reste très important (G4 ; 8).

Les stages, l'équipe de soins

Le premier stage a été source de découvertes : le travail « réel », les relations dans une équipe pluridisciplinaire, même si pour l'instant les étudiants sont centrés sur les aides-soignantes et les infirmières. Et ils sont enrichissants qu'ils se soient bien ou mal passés (G3 ; 58). Une étudiante a été renvoyée d'un stage.

Le rythme de travail (avoir le même emploi du temps que l'infirmière tutrice ou encadrante) occasionne une fatigue physique : 35h par semaine auxquelles s'ajoute le travail personnel (G1 ; 31, 44). La fatigue peut également être psychique : une étudiante évoque les difficultés lors de la prise en charge avec les personnes âgées : la mort, la vieillesse (G3 ; 32), personnes âgées qu'elle compare à ses grands-parents (G3 ; 31).

Certains sont déçus du « choix » des stages qui sont imposés (G1 ; 66) et la plupart des étudiants sont allés en stage en EHPAD (G1 ; 35, 71). Le portfolio est difficile à décrypter, à utiliser : « Cela ressemble à un casier judiciaire » (G2 ; 47).

Les stages permettent d'acquérir certaines compétences (G1 ; 22). La pharmacologie²⁰ est un champ de connaissances qui leur semble compliqué à maîtriser (G1 ; 13, 23,29)

Les stages sont une aide pour le choix ou la précision du projet professionnel : ils permettent de sélectionner les futurs lieux d'exercice, où ne pas aller travailler (G4 ; 22, 28, 34) : l'hôpital qui est perçu comme une usine (G3 ; 77, 80/G4 34). Car ce qui est privilégié, c'est « d'aller travailler quelque part où on a le temps de s'occuper des gens » (G4 ; 30); la charge de travail fait qu'on doit « choisir » (G4 ; 38) entre les patients. Ceci est dit comme un défaut alors qu'il peut aussi s'agir de prioriser les soins, activité indispensable dans l'organisation des soins d'un secteur de patients.

Leur jugement sur les stages de dix semaines est ambivalent : ils risquent de tomber dans la routine (G3 ; 108) ou au contraire ils s'approchent au plus près de l'exercice professionnel (G3 ; 111). La durée peut permettre d'améliorer ses points faibles et, en fonction des équipes, de réajuster ou non des comportements (G3 ; 117). Si le stage se passe mal, être plusieurs stagiaires peut être aidant : ils peuvent se soutenir (G4 ; 74). Stagiaires de même année, et donc de même programme de formation, car il existe une ligne de séparation nette avec les étudiants de 3^{ème} année : comme s'ils ne suivaient pas les mêmes études (G4 ; 67).

Les binômes n'existent pas sauf en gériatrie (G4 ; 54) alors que certains soins, comme la toilette, réalisés en binôme peuvent apporter à l'infirmière comme à l'aide-soignante (G4 ; 58). Les relations d'équipes sont difficiles, les soignantes, interpellées dans leur genre, sont qualifiées de « langues de vipère » (G3 ; 91), parfois de « maltraitantes » même si le but est l'apprentissage (G3 ; 85). Ces types de relations engendrent des phénomènes de groupe (G3 ; 126) et peuvent instaurer une « guéguerre » entre AS et IDE : les infirmières ne s'affirment pas assez (G4 ; 43).

²⁰ Elle est en lien avec à la compétence 4 « Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ».

Jugeant les effets de ce référentiel, les équipes de terrain notent des capacités à faire des liens, à réfléchir (G1 ; 57).

La formation

Le programme est vaste (G1 ; 12), il reste beaucoup de connaissances à acquérir (G4 ; 17). Mais la formation vise aussi l'acquisition de certaines capacités : d'adaptation, de remise en question (G4 ; 17) ; les étudiants développent une ouverture d'esprit (G4 ; 12) : « on change, on devient plus mature » (G3 ; 45) mais peut-être sont-ils aussi formatés par le dispositif (G3 ; 47). La réforme n'est pas adaptée, trop compliquée (G1 ; 6), « on essuie les plâtres » (G4 ; 65), en même temps elle aide à faire des liens pour une prise en charge globale (G1 ; 57)

L'évaluation est continue : ce qui nécessite un travail en continu, sans pause (G1 ; 41) et sollicite l'autonomie de l'étudiant pour qu'il se prenne en charge; ou, autre vision, les étudiants ont plus de chances de réussite car « c'est plus difficile quand tout est en même temps » (G3 ; 106). Il existe un écart entre stage et IFSI pour les DDS (G1 ; 154).

L'autonomie est un but de la formation (G1 ; 89). Mais *a contrario*, devant trop d'absentéisme, des cours magistraux sont devenus obligatoires. (G1 ; 119). Les ESI ont bénéficié d'un apport sur les grandes valeurs avant de partir en stage (G3 ; 50).

La durée des TD est variable, mal calculée et parfois trop longue ou bien leur utilité est différée (G1 ; 129, 14). Les étudiants demandent une sorte de « démonstration » du formateur (moniteur dans le sens de montrer) (G4 ; 113) et une connaissance sur son parcours professionnel (G4 ; 123) pour repérer les personnes ressources.

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (CRF)

Les formateurs et les intervenants ne maîtrisent pas encore le référentiel, ils tâtonnent (G1 ; 4, 14). Les étudiants souhaiteraient être plus guidés ou avoir de « vrais cours » (pas des TD ou des jeux de rôle) (G4 ; 90, 107), être plus accompagnés dans l'apprentissage des DDS (G1 ; 145).

Il y a une difficulté à faire groupe accentuée par l'organisation de l'année et le changement dans la composition des groupes (G4 ; 94) ce qui entraîne la création de « clans » (G4 ; 95), de groupes qui ne se mélangent pas (G2 ; 72). Les étudiants du groupe de début de formation se retrouvent au self (G4 ; 99), leurs relations perdureront toujours (G4 ; 102). Il y a cassure avec les autres promos : le programme est différent et cela gêne le parrainage interpromotion, l'aide sur le contenu (G1 ; 52).

Lors d'évaluations, il y a eu des comportements de triche, de transgression des règles. Ce n'est pas tant le fait en lui-même qui est pointé (c'est un phénomène général, dans tous les IFSI (G1 ; 162)) que son règlement par l'institution, sur dénonciation d'étudiants. Cela révèle la non-cohésion de la promotion (G1 ; 174, 177).

Concernant les valeurs de l'IFSI, une situation rapportée par un étudiant est analysée comme le signe d'une distorsion entre ce qui est prôné et ce qui est perçu de la position de l'institution (G2 ; 69).

Les autres IFSI

- L'IFSI Bagatelle

L'IFSI est très strict dans son organisation, sa rigueur devient rigidité « on n'écoute pas les élèves » (G4 ; 68). La différenciation se fait sur le contenu de la formation, en l'occurrence la DDS, activité emblématique, et sur sa fiabilité : faire plus d'hypothèse et d'interprétations *versus* données fiables (G2 ; 95-97)

- L'IFSI Charles-Perrens

Le stage de dix semaines a été coupé en deux. Les apports sont conséquents en psychologie et sociologie (G4 ; 77). Ils n'apprennent pas la même démarche de soins (G4 ; 78).

- L'IFSI Xavier-Arnoz (CHU)

Les étudiants ont plus de connaissances en pathologies, mais ils sont en retard sur la DDS. Leurs évaluations s'effectuent en partiels (G2 ; 92/G3 ; 105).

Type de catégorisation sociale CRF1

Le favoritisme endogroupe est assez prononcé en début d'année sur un mode binaire dans la mesure où les étudiants évoquent le critère qui les différencie nettement des autres : « l'humanitaire » qui est la spécificité de la Croix-Rouge. Alors que l'IFSI Charles-Perrens est orienté vers le côté « psy », comme une réminiscence de son passé, et celui de Bagatelle est reconnu comme le meilleur avec néanmoins une réserve concernant sa « touche » protestante et bourgeoise. Enfin, un élément négatif, le coût de la formation, change en quelque sorte de « polarité » et devient un facteur positif permettant de sélectionner les ESI selon la motivation. Le critère de sélection selon le niveau économique n'est jamais évoqué.

En fin d'année, le processus de discrimination en faveur du groupe est moins saillant : les incertitudes concernant le référentiel, ses évolutions, ses mises en œuvre interrogent les étudiants et les mettent en difficulté. La différenciation se fait sur les savoirs et la DDS, l'IFSI Charles-Perrens étant à part, car il n'utilise pas « la même DDS » et il dispense des savoirs

issus des sciences humaines et sociales. La différenciation avec les ESI de l'IFSI Bagatelle s'effectue de manière factuelle : les étudiants constatent, sans y introduire une notion d'accentuation ou un gradient de valeur, que les ESI de l'IFSI Bagatelle font des hypothèses dans la DDS.

Les ESI de CRF1 semblent former des groupes agrégats, juxtaposés, sans trop de liens entre eux.

L'équipe pédagogique, appréhendée favorablement dans le premier entretien, est perçue plus lointaine, moins dans l'accompagnement.

Les exo IFSI sont perçus comme homogènes ; ils présentent peu de traits saillants.

IFSI de Dax

Entretien de début d'année

Les entretiens de début d'année de D1 se situent en Annexe 4, p.396 à p.404.

La situation d'entretien

Les entretiens se sont déroulés dans l'écoute et l'échange. Un cours, dispensé le matin même sur la responsabilité infirmière, avait évoqué des situations concrètes d'erreur létale concernant la posologie de produits électrolytiques : cela a nourri les échanges, les étudiants échangeant entre eux sur les conséquences de tels accidents.

Dans certains groupes (G2), cela accompagnait des propos auto dévalorisants, prononcés avec une sorte d'autodérision : « on est des boulets » (G2 ; 20), accompagnés de rires.

Il nous a été difficile de nous positionner en tant que chercheuse : nous avons eu le sentiment d'être interpellée en tant que formatrice. Nous avons transmis à l'équipe des formateurs, non ce qui a été dit, mais le malaise verbalisé par les étudiants.

Le métier

C'est un « beau métier, au centre de tout » (G2 ; 19) dit C., 23 ans, sans diplôme et dont la mère était aide-soignante. Mais les aides-soignantes en promotion professionnelle ne se font pas d'illusion sur le métier (G4 ; 16).

Le métier est appréhendé à travers des expériences d'hospitalisation de l'étudiant ou par expérience familiale car des proches sont dans le métier (G2 ; 19, 32) : ils peuvent servir de « contre modèle ». L'infirmière doit posséder certaines qualités, comme par exemple pour une aide-soignante : « ne pas être insociable » (G2 ; 34).

Le projet professionnel est présenté comme la nécessité d'avoir une infirmière dans la famille car « le profane est pris pour un idiot » (G3 ; 64) dans le système de soins.

Les responsabilités infirmières

Ils n'imaginaient pas toutes ces responsabilités « écrasantes », malgré des proches exerçant ce métier (G1 ; 55-57). Ce qui fait qu'une erreur de dosage entraîne l'arrêt de la formation. Responsabilité et erreur de dosages : « il faut se protéger de tout » (G2 ; 42). En même temps, les responsabilités sont peut-être lourdes mais aussi valorisantes (G2 ; 50- 51) (AS qui parle) et peuvent être attirantes (G4 ; 27).

Les dimensions du soin

La dimension relationnelle du métier est mise en avant : il allie « le médical et le relationnel » (G1 ; 46, 48-53) ce qui fait de l'infirmière « le maillon fort de la chaîne soignante. » (G1 ; 48). L'aspect relationnel peut avoir été perçu en tant que patient (G4 ; 21). Même mise en avant, la dimension relationnelle est en deçà de ce qu'ils pensaient : ils regrettent d'être dans cette formation (G3 ; 51), l'aide-soignante est plus dans la relation.

Pour certains, les soins purs sont les soins techniques (G2 ; 23). D'un autre côté, l'aide psychologique est tout aussi importante (G2 ; 25-31). Que la zone d'autonomie de l'infirmière ne soit pas les soins techniques peut être vécue comme une déception (G3 ; 30).

Les différents rôles

La gestion des charges afférentes aux soins, qualifiées de « paperasse », est un moyen de se protéger (G2 ; 42) d'une procédure judiciaire.

Les stages, les équipes de soins

Les étudiants, à la veille de partir en stage, ont peur de l'accueil de l'équipe, de ses attentes (G1 ; 75).

Le stage est perçu comme le véritable lieu d'apprentissage car il y a peu de TP à l'IFSI, tout est à apprendre (G1 ; 76). Les stages sont l'occasion de passer de la passivité à l'activité : ils permettent de « Sortir de cette théorie » dit une aide-soignante (G4 ; 60). Ils sont impatients d'y partir, ce sont des lieux de formation à part entière (G4 ; 62).

Les étudiants craignent de rester seuls, appréhendent certains soins comme la « toilette avec sonde (vésicale) » (G2 ; 110). L'absence de TP majore ce sentiment de ne rien savoir faire et d'être une charge pour les équipes : « on ne sait rien faire, on est des boulets » (G2 ; 20) et les équipes des services de soins le savent aussi. Le partage de situation, de difficultés avec des pairs est perçue comme aidante (G2 ; 125). La mort et la souffrance sont deux notions abordées en toute fin de l'entretien.

Il est possible d'être encadré par des infirmières compétentes, surtout du point de vue relationnel « très mignonnes, qui expliquent et ne vous donnent pas d'ordre : fais ci, fais ça » (G3 ; 68 -69).

La formation

L'oral du concours est évoqué, là aussi sur le plan relationnel, avec des difficultés dues aux questions de la psychologue du jury (G1 ; 18, 28).

La formation demande beaucoup de travail personnel : cette opinion est largement partagée, pas seulement par les aides-soignantes ; « Les journées ne sont pas assez longues » (G4 ; 41), « avec des semaines de 35 heures, je me suis mis des limites » (G4 ; 43).

Les étudiants perçoivent des difficultés perceptibles du côté des formateurs pour s'approprier le référentiel, ils n'en savent pas plus et sont tout autant dans l'incertitude : « ils sont aussi perdus que nous » (G4 ; 53). Les ESI se qualifient de cobayes (G2 ; 89).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (Dax)

C'est une bonne école, avec une bonne réputation, plus petite à taille humaine, qui, selon des personnes extérieures, forme l'élite (G4 ; 37). Les infirmières qui en sont issues sont plus reconnues, « des petits médecins qui marchent droit » (G3 ; 91).

Il possède du matériel performant technologiquement mais qui est en panne fréquemment.

Les autres IFSI

- L'IFSI de Bayonne

L'institut est perçu négativement comme « moins strict » et il manque de matériel. Les effectifs des promotions sont plus importants.

- L'IFSI de Mont-de- Marsan :

Cet institut est perçu comme beaucoup moins strict.

Entretien de fin d'année

Les entretiens de fin d'année de D1 se situent en Annexe 4, p.406 à p.413.

La situation d'entretien

Les entretiens se sont déroulés la veille des résultats des partiels et quatre jours avant la deuxième session. Ils sont centrés sur les stages et la découverte de la relation soignant-soigné, l'acquisition des compétences,

Les étudiants sont fatigués et déçus (G1 ; 3, 11, 14). Ce premier semestre a été très tendu : répercussion sur la famille (G1 ; 4). Certains se sont posés la question de l'arrêt de la formation (G2 ; 12, 14). Les étudiants d'un groupe (G1) finissent l'entretien en nous remerciant de les avoir écoutés.

Les différents rôles

Après deux stages, les ESI sont étonnés des pratiques en lien avec la traçabilité et découvrent ce qu'ils désignent par un terme péjoratif : « la paperasse » (G3 ; 51/ G4 ; 49).

Les stages, les équipes de soins

La rencontre avec les patients est forte : il est parfois difficile de se détacher de certains patients (G3 ; 111, 116) ; ou les ESI découvrent la violence de certains patients, vue comme les « risques du métier » (G3 ; 27). Le stage permet le début d'une identification à certains modèles d'infirmière (G3 ; 42-45) : de douceur par exemple (G3 ; 61). Les ESI subissent la comparaison entre nouveau et ancien programme en leur défaveur : ils ne sont pas de futurs professionnels (G3, 68). Une a accepté un remerciement pécuniaire (G3 ; 120) de la part de la femme d'un malade âgé (hors enregistrement).

Les stages de dix semaines sont trop longs (G1 ; 11), ou d'une durée satisfaisante. Il est difficile de remplir le portfolio, d'intégrer la réforme autant pour les équipes que pour eux (G1 ; 55, 63). Les lieux de stage ont plus d'attentes (G1 ; 66) ; encadrer devient un travail à part entière (G1 ; 67). En même temps, le stage est le lieu privilégié de l'apprentissage « on apprend tout sur les stages » (G1 ; 70). Le positionnement par rapport aux « anciennes », surtout les AS, est difficile. L'écart entre la théorie et la pratique est perçu (G1 ; 77) : « La réalité fait écran à l'idéal » (G3 ; 110) ; mais la prise de latitude, le recul se fera plus tard. (G1 ; 86-87).

Les ESI se sont axés sur l'acquisition de la compétence 3 : la plupart n'ont « fait » que du nursing (G2 ; 60) ; parfois des soins techniques (G3 ; 24).

La formation

Les étudiants sont très critiques sur la formation : le sens pédagogique n'est pas perçu, du temps est perdu en pseudo-cours, en cours d'anglais ou en TD trop longs (G1 ; 32/G2 ; 31). Ils subissent les choses (G2 ; 38), cours, partiels, organisation, « On subit les groupes de parole » (G4 ; 56).

Dans leur rapport à l'équipe pédagogique, ils ne se sentent pas encadrés, pas soutenus (G1 ; 30, 38/G4 ; 16), pas considérés (G4 ; 19), infantilisés (G2 ; 33) dit une ancienne AS de 31 ans. L'équipe pédagogique a des jugements arbitraires ou considérés comme injustes

(G1 ; 42-47). Comme explication, un étudiant dit de manière péjorative : « C'est un monde de femmes » (G1 ; 49). Il y a un manque de cohérence dans l'équipe (G4 ; 59) qui est perdue comme les étudiants (G1 ; 3). Les ESI s'interrogent sur la formation des formateurs (G2 ; 50, 54).

Type de catégorisation D1

Le mode de catégorisation est binaire et prend en première intention comme exogroupe un IFSI géographiquement proche. Le processus de discrimination se base sur la distinction Dax /Bayonne ou Mont-de-Marsan. Mais les traits attribués aux autres IFSI sont rares et généraux. Ces IFSI sont perçus comme moins stricts : est-ce du point de vue de leur positionnement par rapport aux évaluations ? ou leur posture dans la relation pédagogique ?

Les étudiants énoncent les caractéristiques propres à leur institut : bonne réputation, un institut à taille humaine, formant des infirmières reconnues... compétentes ?

Mais aussi, scalaire car cet institut forme « l'élite », des « petits médecins qui marchent droit ».

En fin d'année scolaire, les exogroupes ne sont pas évoqués. Les ESI sont focalisés sur l'endogroupe et plutôt dans un processus de défavoritisme endogroupe ciblé sur le fonctionnement de l'institution. Ils ne trouvent pas au niveau de l'institut des facteurs favorables à un accompagnement, à une aide.

À ce processus de défavoritisme s'ajoute une perception de soi dévalorisante : les ESI se comparent à des cobayes, impuissants, soumis et subissant les cours ou les activités, censées les aider à améliorer leur estime d'eux-mêmes ; ou, se projetant dans le premier stage, à des « boulets », inertes, statiques et lourds.

IFSI Bagatelle

Entretien de début d'année

Les entretiens de début d'année de B1 se situent en Annexe 4, p.415 à p.421.

La situation d'entretien

Cet entretien se déroule sept semaines après la rentrée, avant de partir en stage. Pas de brouhaha, les étudiants s'écoutent, ne se coupent pas la parole ; leur discours est clair, leur syntaxe est précise.

Le métier

Les représentations de l'infirmier sont fidèles à ce qui est présenté à l'IFSI depuis la rentrée. C'est un métier de plein emploi (G1 ; 46) ce qui autorise une certaine autonomie par

rapport aux périodes de travail (G1 ; 39, 46) et le choix a aussi été dicté par la possibilité de travailler dans de nombreux lieux d'exercice.

Les ESI n'ont aucun étonnement car ils connaissaient le milieu, ils ont donc une vision réaliste de l'infirmière, donnée par l'expérience et l'entourage, familial et/ou amical. Les redoublants parlent d'une représentation « idéalisée » qui, confrontée au terrain, a changé. Un étudiant a une définition administrative, rappelant la fiche métier. Les étonnements entraînent des deuils à faire (G3 ; 39).

Les dimensions du soin

La dimension relationnelle est primordiale mais elle semble difficile à mettre en œuvre par manque de temps (G1 ; 27/G4 ; 30).

Les stages, les équipes de soins

Les stages, qu'ils ont l'avantage de pouvoir choisir (G1 ; 70), arrivent un peu tard dans la formation. Les ESI sont impatients car là sont les soins (G2 ; 55). Dans le premier stage, les étudiants vont surtout apprendre les soins de nursing.

La formation

Les connaissances sont essentielles (G3 ; 55), pointues (G4 ; 32-35), ce dont ils n'avaient pas été prévenus (G4 ; 67). Elles sont cependant relativisées : elles ne sont suffisantes pour être un bon professionnel (G4 ; 61). Pour d'autres, les savoirs ne sont pas assez approfondies (G3 ; 40), les intervenants ne sont pas assez objectifs (G3 ; 45) et ne donnent pas à réfléchir (G3 ; 42). L'intérêt des cours d'anglais est questionné (G3 ; 52).

Le système est un peu scolaire (G2 ; 59, 70/G3 ; 68), infantilisant (G2 ; 63). Certains étudiants manquent de respect vis-à-vis d'intervenants (G3 ; 48). La méthodologie est trop intellectualisée comme pour la toilette par exemple (G2 ; 73, 81, 89) : c'est du temps passé sur des futilités (G2 ; 92).

Les étudiants ont confiance dans l'encadrement : l'équipe pédagogique est à l'écoute (G4 ; 103-104), elle porte les valeurs et l'esprit de Bagatelle (G4 ; 98). Ils perçoivent qu'il existe un « moule » de l'école malgré les discours sur les valeurs (G2 ; 64, 67).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (Bagatelle)

L'IFSI a une excellente réputation qui dépasse la ville (G3 ; 100), le département (G4 ; 90), voire plus : la France (G1 ; 97), connu à l'étranger (G1 ; 93). Les étudiants l'ont choisi pour le nom (G1 ; 91, 106).

L'IFSI est strict dans son organisation et c'est ce qui est recherché (G3 ; 98), La différenciation se fait sur le contenu de la formation, en l'occurrence la DDS, activité emblématique, et sur sa fiabilité : faire plus d'hypothèses et d'interprétations (comme l'IFSI Charles-Perrens) *versus* données fiables (comme à l'IFSI de Bagatelle) (G2 ; 95-97).

L'enseignement est beaucoup plus poussé, est d'un niveau très élevé (G4 ; 71-72) : « on est pris au sérieux » (G4 ; 74).

C'est un institut avec une formation chrétienne (G3 ; 107), avec un cadre agréable (G3 ; 109). Avec ce référentiel, ils se perçoivent comme des pionniers (G2 ; 57/G4 ; 55). Mais, il y a un manque de solidarité entre pairs (G3 ; 60).

Les autres IFSI

- L'IFSI Croix-Rouge Française

Ils ont de mauvais échos de cet IFSI payant (G1 ; 40-41). Les étudiants sont limités dans l'apprentissage des soins infirmiers (G4 ; 109) : ils ne peuvent saisir toutes les opportunités offertes par les disciplines des stages.

- L'IFSI Pellegrin

Cet IFSI a mauvaise réputation (G3 ; 104).

- L'IFSI Charles-Perrens

Les ESI ont eu l'avantage d'avoir le stage de dix semaines coupé en deux fois cinq semaines.

Entretien de fin d'année

Les entretiens de fin d'année de B1 se situent en Annexe 4, p.423 à p.425.

La situation d'entretien

Il a été impossible d'avoir les quatre mêmes groupes : suspension, arrêts, maladie, absence. Il subsiste deux groupes regroupant douze étudiants, dont deux nouveaux. Les étudiants se disent fatigués, épuisés mais soulagés. Les résultats des partiels ont été donnés, la deuxième session est prévue quatre jours après cet entretien. Les ESI de G2 ont discuté avec une liberté de ton dans les échanges, dans le respect. Nous sommes très peu intervenue.

Les stages, les équipes de soins

L'écart entre théorie et pratique est évoqué comme un obstacle (G1 ; 42). Les stages, au plus proche du travail professionnel, sont très durs physiquement et exigent beaucoup de travail personnel. Les professionnels ont davantage d'exigences car il n'y a plus de mise en

situation professionnelle (MSP) (G1 ; 7). Il est difficile pour les ESI de trouver leur place dans les stages (G1 ; 70) qui servent à construire des modèles et des contre-modèles (G2 ; 64),

La formation

Le calendrier des évaluations est trop ramassé (G1 ; 26/G2 ; 29). Les étudiants s'interrogent sur la cohérence de moyens pédagogiques (visionnage de DVD) dans une formation humaine (G1 ; 96). L'apprentissage demande un travail personnel conséquent parce que les savoirs sont trop superficiels (G2 ; 41, 51).

Les formateurs peuvent avoir une grande influence sur les étudiants (G2 ; 169) ; certaines de leurs remarques peuvent remettre en question (G2 ; 161), stigmatiser les redoublants (G2 ; 136, 140, 151). Les ESI s'interrogent sur les attentes de l'institution quant à leur comportement : existe-t-il un « moule bagatelle » et quel est-il ?

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (Bagatelle)

L'IFSI a une image de rigueur et de sérieux (G2 ; 104-105). Et les ESI en sont satisfaits malgré l'étiquette religieuse (G2 ; 99) ou le moule prédéfini (G2 ; 101,107). La manière dont le suivi pédagogique est mené est un atout. En fin d'année, ils maîtrisent mieux la démarche de soins que les ESI des autres IFSI.

Cependant, ils n'ont plus le sentiment d'être des pionniers : « Nous sommes des cobayes pas des pionniers » (G1 ; 94).

Les autres IFSI

- L'IFSI de la Croix-Rouge Française

Les étudiants ne tirent pas complètement parti des stages car ils ont des directives très strictes et restrictives par rapport aux soins qu'ils sont autorisés à faire (G2 ; 95).

- L'IFSI Charles-Perrens

Les étudiants manquent de connaissances concernant la démarche de soins (G2 ; 84).

- L'IFSI Xavier-Arnoz (CHU)

Les ESI a obtenu de mauvais résultats aux partiels (G2 ; 85)

Type de catégorisation sociale de B1

Le favoritisme endogroupe est nettement évoqué dans les discours sur un mode scalaire et portant sur les savoirs, la DDS, la renommée internationale de l'institution qui dépasse le microcosme de Bordeaux.

Les savoirs, même s'ils en relativisent l'importance et la pertinence, sont d'un haut niveau qui a une conséquence sur la perception positive d'autrui sur les ESI de l'IFSI Bagatelle. Ceux-ci sont « pris au sérieux » : déjà presque professionnels ?

L'apprentissage de la DDS, activité que nous pourrions qualifier d'emblématique de cette formation professionnelle, est évoqué sur le versant de plus de fiabilité, d'objectivité. Et donc, une meilleure prise en charge du patient, au plus près de ses préoccupations, une prise en charge personnalisée.

L'équipe pédagogique est perçue favorablement : elle n'est pas « perdue » et porte les valeurs de l'IFSI.

En ce début d'année ; les étudiants se décrivent comme des pionniers : ils se trouvent dans un état d'esprit de conquérants, de défricheurs, de découvreurs. Anna Hamilton, fondatrice de l'école en 1862, fut elle aussi une pionnière.

L'IFSI Charles-Perrens est évoqué de manière négative concernant l'apprentissage de la DDS.

IFSI Pellegrin

Entretien de début d'année

Les entretiens de début d'année de P1 se situent en Annexe 4, p.429 à p.435.

La situation d'entretien

Les étudiants sont réservés, parfois même en retrait. Puis, au cours de l'entretien, ils pu ont pu « entrer » dans l'interaction et être dans l'échange. Comme si se défaire de la position d'ESI face à une formatrice de leur IFSI avait nécessité un délai.

Le métier

Le métier allie le « médical et psychologique » (G4 ; 19), il consiste à assister les malades qui ne peuvent être autonomes (G1 ; 253). L'infirmière est dynamique, réfléchie et très dévouée (G4 ; 21). Elle n'est pas toujours de bonne humeur (G4 ; 24).

Les dimensions du soin

Les deux dimensions sont présentes mais les ESI mettent en avant le relationnel (G3 ; 33,44) : l'empathie (G2 ; 65), une présence (G2 ; 63). Il faut être fort humainement car l'infirmière a à faire avec beaucoup d'émotions (G2 ; 70).

Les différents rôles

La polyvalence est le but de la formation (G1 ; 256), savoirs technique, médical et scientifique (G1 ; 254). La proportion des différents rôles peut se modifier par l'expérience

par exemple en EHPAD (G4) : de l'obéissance au médecin, sans réflexion (G1 ; 269) à une place centrale (G1 ; 265).

Les stages, les équipes de soins

Avant le départ dans le 1^{er} stage, les ESI s'interrogent sur l'accueil des équipes : « comment allons-nous être accueillis ? » (G1 ; 339). Les étudiants peuvent être parfois pris comme boucs émissaires (G1 ; 337) ce qui est nommé « bizutage ».

Les étudiants ont « hâte d'y être » (G3 ; 72) même s'ils projettent beaucoup de travail à faire dans les stages (G4 ; 85). Ils craignent de ne pas être à la hauteur (G4 ; 88) et ont peur de s'attacher aux patients (G1 ; 335). Pour les AS, le positionnement est à travailler (G3 ; 77).

La formation

La formation se trouve compliquée par la réforme. Elle dispense des connaissances approfondies (G4 ; 58), parfois concrètes, parfois abstraites (G4 ; 64). Mais les savoirs sont parfois survolés (G3 ; 54). Elle met en avant la dimension relationnelle et beaucoup de travaux de groupes. Elle amène à des questionnements et pas systématiquement des réponses (G4 ; 67-69).

Que les effectifs des promotions soient importants n'est pas un obstacle. Cependant, la formation est un peu trop scolaire (G3 ; 49), comme au lycée (G3 ; 68) bien qu'elle ait intégré le système universitaire. Le rattachement au CHU ouvre à la possibilité d'aller en stages dans des services de pointe et au fait de bénéficier d'intervenants de qualité.

En permettant l'éloignement de la famille, le choix de l'IFSI est parfois stratégique (G4 ; 49).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance(Pellegrin)

C'est un IFSI démocratique et public (G1 ; 297) ; la posture de l'équipe n'est pas maternante (G1 ; 293). Le fait que l'équipe soit d'anciens infirmiers est perçu comme un atout (G1 ; 286).

L'hétérogénéité des promotions (G1 ; 287) encourage le brassage de milieux sociaux différents (G4 ; 100), suivre cette formation fait « la fierté des parents » (G4 ; 52).

Les autres IFSI

- L'IFSI de la Croix-Rouge Française

C'est un institut de formation privé et payant (G1 ; 315)

- L'IFSI Bagatelle

Il est situé géographiquement dans un cadre agréable, il a une très bonne réputation (G2 ; 97) mais, il fait preuve d'un esprit scout (G2 ; 93) et formate les ESI (G2 ; 95).

Il est très exigeant, très petit, oppressant et imposant ses valeurs (G4 ; 37)

- L'IFSI Charles-Perrens

Sa spécificité est la prise en charge psychologique et sociologique (G4 ; 36). Mais, il tend à formater à la psychiatrie.

Entretien de fin d'année

Les entretiens de fin d'année de P1 se situent en Annexe 4, p.437 à p.444.

La situation d'entretien

Les ESI se disent fatigués, ils prennent plus de temps pour se situer dans l'entretien.

Les stages, les équipes de soins

L'écart entre théorie et pratique a été repéré (G1 ; 29). Les stages sont jugés comme satisfaisants (G4 ; 20), et permettent l'apprentissage de soins techniques (G4 ; 20, 24) comme la pose d'aiguille de Huber dans « des chambres implantables périphériques » (CIP) et la découverte des charges afférentes aux soins (G4 ; 70, 73). Le stage permet de repérer certaines difficultés comme la communication avec la personne âgée.

Certains se plaignent d'un survol des compétences. Ils éprouvent des difficultés à se positionner entre AS et IDE : « les AS nous envoient faire les toilettes » (G3 ; 53)

Les stages sont parfois lourds car la charge émotionnelle est importante comme en cancérologie où la mort de malades est fréquente (G4 ; 59-64).

Le travail demandé (sur les pathologies, et la pharmacologie) est important (G4 ; 26) et différent selon les IFSI : celui de Charles-Perrens est celui qui en demande le moins.

Au bout de dix semaines, certains ont envie de rester en stage, ils sont capables de faire partie de l'équipe « on peut donner son avis » (G4 ; 65-66).

La formation

La formation donne une vision un peu idyllique de la prise en charge et l'écart avec le stage est sensible concernant le côté relationnel. Les étudiants se disent néanmoins en accord avec les valeurs enseignées à l'IFSI (G1 ; 40).

Au long de l'année, une complexification (G3 ; 15) des apports théoriques est perceptible : les savoirs dispensés sont « en nombre et il s'agit de faire le tri » (G2 ; 114). Le modèle trifocal enseigné pour faciliter la prise en charge est intéressant « mais on oublie vite qu'il y a quelqu'un au bout » : cette remarque a été faite par une personne extérieure à la formation à l'écoute d'une présentation de malade (G2 ; 101).

Dans l'ensemble, les étudiants apprécient plus les témoignages de malades que les cours : la notion de handicap appréhendée de cette manière « n'est pas triste » (G3 ; 88).

Le référentiel reste cependant trop dense (G4 ; 137), décliné avec un rythme rapide : la mise en œuvre de séquences pédagogiques avec de nombreux travaux de groupe amène les étudiants à négocier les relations intra et inter groupales, voire parfois à devoir dégager du temps supplémentaire pour travailler (G4 ; 8, 11, 15).

Elle entraîne une transformation personnelle : « grandir » (G4 ; 90, 94, 102)

Une tension est perceptible en cette fin d'année avec l'équipe pédagogique du fait des changements des groupes (G2 ; 18/G3 ; 6/ G4 ; 46.) : les étudiants ont moins d'envie pour construire le nouveau groupe (G2 ; 22), et sont moins tolérants et réceptifs (G2 ; 13). Le positionnement de l'équipe est interrogé : il est perçu comme flou et incertain sur les évaluations (G2 ; 44). Cela entraîne un manque de confiance pour l'organisation (G2 ; 15, 29-31, 38) des deuxièmes sessions (G4 ; 43). Les révisions proposées par l'équipe se déroulent trop tôt (G4 ; 162). L'équipe a usé d'une « langue de bois » pour commenter les résultats (G4 ; 154).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (Pellegrin)

L'IFSI est centré sur l'attention, la relation (G4 ; 106). L'équipe est très exigeante : il faut penser à beaucoup de choses (G3 ; 33). Les évaluations sont concentrées (G4 ; 41) ; « On teste sur nous, on est un peu des joujoux » (G2 ; 47

Les autres IFSI

- L'IFSI Croix-Rouge Française

Ils apprennent et appliquent la DDS « comme avant » ce qui entraîne un décalage avec les autres IFSI. (G2 ; 93).

- L'IFSI Bagatelle

Le modèle qui y est enseigné est le modèle biopsychosocial (G4 ; 123).

- L'IFSI Charles-Perrens

La formation est axée sur le « psychologique ». Les étudiants ont l'avantage d'avoir les évaluations en continu (G4 ; 41). Les résultats font que peu d'étudiants sont en deuxième session. L'institut demande moins de travail à faire en stage (G4 ; 27).

Type de catégorisation sociale de P1

Le favoritisme est présent mais en filigrane, chaque IFSI a une spécificité mais assez commune et partagée. Le modèle biopsychosocial est la référence depuis le programme de 1992 et il est encore plus mis en exergue dans le référentiel de formation de 2009.

L'IFSI d'appartenance a des traits positifs (centré sur l'attention, exigeant) mais les étudiants sont pris pour des « joujoux »: les membres de l'équipe seraient des enfants qui « joueraient à » tester des organisations de séquences pédagogiques, de TD ou de TP. Ces tests ou expériences se feraient grandeur nature, in vivo. L'emploi de ces termes peut être l'indice d'un sentiment d'impuissance ou de non maîtrise de leurs parcours de formation.

La modalité de catégorisation est binaire et atone : la différenciation se réalise sur le mode Nous/Eux. : L'institut d'appartenance est démocratique et public ; les autres plutôt autoritaires et imposant leurs valeurs, et privé et payant.

L'accent est mis sur le relationnel mais les expériences des stages les amènent à percevoir l'écart entre la vision idéalisée de la relation soignant-soigné travaillée à l'institut et la réalité.

La spécificité de l'IFSI Charles-Perrens le catégorise à part mais avec le risque de formater les étudiants à un type de prise en charge psychiatrique.

Analyse des entretiens de première année

Les étudiants de l'IFSI de la Croix-Rouge Française semblent avoir en 1^{ère} année une identité sociale négative. Ils valorisent l'endogroupe par l'affirmation d'une différence, caractéristique supérieure à l'exogroupe (Baugnet, 2001, p.48) : en l'occurrence, l'humanitaire. Ils tournent un élément négatif en bénéfice secondaire : le coût financier de la formation devient un moyen de sélectionner les étudiants selon leur motivation. Ce raisonnement peut amener à énoncer que l'IFSI accueille les étudiants les plus motivés. Il peut s'agir là d'un moyen de réduire leur dissonance cognitive (Festinger, 1957). L'environnement perçu comme non propice à l'apprentissage, non-conforme aux attendus, se transforme en facteur de développement de capacités d'autonomie.

L'IFSI Charles-Perrens est nommé dans tous les entretiens et de manière globalement positive. Il constitue le groupe auquel se réfère les étudiants des autres instituts, auquel ils souhaitent s'identifier (Aebischer et Oberlé, 1990, p.53).

Les représentations socio-professionnelles de 1^{ère} année et de début d'année, avant le premier stage, peuvent être considérées comme étant au plus proche des représentations sociales (Frayssé, 2000). Dans leur majorité, les étudiants expriment *a minima* leur

étonnement quant aux responsabilités « écrasantes », lourdes, insoupçonnées et quant aux charges afférentes aux soins. Notons à cette étape que les étudiants de l'IFSI de Bagatelle expriment un étonnement relatif, les représentations socio-professionnelles étant « conformes » à celles qu'ils possédaient avant d'entrer en formation.

Cette découverte des responsabilités et des charges afférentes aux soins s'est effectuée « intellectuellement » par les cours, les TD organisés à l'IFSI, par les échanges avec les redoublants, les étudiants de 2^{ème} et de 3^{ème} année. Les responsabilités « écrasantes » peuvent aussi être valorisantes si elles s'inscrivent dans le cadre d'une promotion professionnelle pour les anciennes AS.

Les stages ont permis aux étudiants de se confronter à la réalité du travail et d'expérimenter et d'éprouver ce qu'ils n'appréhendaient jusqu'alors que par la raison. En référence à la conversion doctrinale des infirmières de Davis, citée par Dubar (2000, p.140), le stage est le lieu où se réalise, au sens d'effectuation et de conscientisation, la perte de l'innocence initiale : les stéréotypes de l'infirmière idéale, experte dans la relation, empathique tombent. La somme de travail demandé autant en stage qu'à l'institut et le type de savoirs enseignés sont déroutants et certains étudiants se disent en grande difficulté. Il s'agit d'une professionnalisation par les savoirs, la scientificité des savoirs participe de la reconnaissance. Le stage est le lieu du travail réel, travail lourd physiquement mais aussi psychologiquement avec la prise en charge de personnes en fin de vie. Les ESI approchent la complexité d'un métier de l'humain. Perçu comme le lieu véritable de l'apprentissage, le stage est une expérience forte, surtout par rapport à la relation soignant-soigné : que cette relation soit empreinte de violence, ou plus généralement qu'elle révèle un attachement à certains patients.

Le mode catégorisation sociale inter IFSI est globalement de type binaire, à l'exception des étudiants de l'IFSI Bagatelle. Les étudiants de l'IFSI de Bagatelle présentent un processus de discrimination selon une modalité scalaire. Le favoritisme endogroupe est fortement marqué.

4.2.2.3 Les promotions de troisième année

IFSI de la Croix-Rouge Française

Entretien de début d'année

Les entretiens de début d'année de CRF3 se situent en Annexe 5, p.449 à p.462.

La situation d'entretien

Les étudiants se décrivent en « rébellion » (G3 ; 178).

Le métier

C'est un métier stressant et prenant (G3 ; 54-55). Les responsabilités sont connues grâce à l'entourage familial (G1 ; 20, 24) ou bien découvertes (G2 ; 81) avec son corollaire : l'autonomie (G2 ; 78/ G3 ; 32). Il y a nécessité d'être disponible pour soi pour être disponible pour quelqu'un (G4 ; 123-124) et la charge de travail est importante (G4 ; 94).

La diversité des lieux d'exercice est un critère attractif pour le choix de la profession (G2 ; 88).

Les stages, les compétences

Les deux dimensions du soin sont présentes (G3 ; 123/ G4 ; 87). C'est la relation qui fait que le soin est parfait (G3 ; 149, 153) mais c'est le plus difficile à acquérir (G3 ; 153). Ils sont plus évalués sur le savoir-faire (G4 ; 35).

Les étudiants ont découvert, après la distinction entre rôle propre et rôle prescrit (G2 ; 79), les charges afférentes aux soins (G2 ; 91/G3 ; 52, 66) et n'en sont pas satisfaits : « On s'occupe de vies humaines » (G3 ; 56). Ils se trouvent confrontés à des situations difficiles comme la mort de patients (G2 ; 120).

Les ESI ont modifié leur vision de ces rôles (G3 ; 31) : d'exécutante des ordres du médecin, sans initiative (G3 ; 27, 73), elle a désormais un champ d'autonomie (G3 ; 32). L'infirmière est au centre, entre les AS et les médecins (G2 ; 87). L'adaptation aux stages est parfois difficile (G2 ; 74) : changer de stage, « c'est repartir de zéro » (G3 ; 63).

Les ESI ont un manque général par rapport aux compétences surtout l'organisation (G4 ; 21, 26, 31) et sont préoccupés par leur retard dans l'acquisition de certains soins techniques comme les perfusions, considérées comme un soin basique (G2 ; 107). Ils dispensent des soins personnalisés (G2 ; 41). Une insatisfaction est présente quand les ESI n'ont pas le temps de faire les soins comme il le faudrait (G3 ; 86-89), essentiellement pour des problèmes de personnel (G3 ; 92).

L'identité infirmière

Les ESI ont gagné la confiance des professionnels (G1 ; 56). Maintenant, « les choses prennent sens » (G2 ; 52).

Les relations avec l'équipe sont parfois difficiles (G4 ; 89) ; il y a trop de hiérarchie (G3 ; 45), pas d'entraide (G3 ; 47-48). Les ESI sont parfois « chosifiés » (G1 ; 105) , se sentent jugés (G3 ; 59) ou parfois peu respectés (G4 ; 96).

Les stages sont des « bouffées d'oxygène » (G1 ; 33), ils donnent un sentiment d'indépendance. Ils permettent « d'apprendre sur le tas » (G1 ; 118), de faire des liens (G1 ;

40, 42, 60). Ce sont les creusets de la transformation identitaire : « C'est sur le terrain qu'on sent bien qu'on devient infirmière » (G1 ; 5) (AS).

Le nouveau référentiel est jugé positivement (G4 ; 53) mais la durée des stages de dix semaines peut poser difficulté (G4 ; 58, 63).

La formation transforme l'étudiant, l'entraîne ou l'oblige à une meilleure connaissance de soi, à la maturité (G1, 71-73), à « apprendre la réflexivité » (G1 ; 81). C'est une transformation personnelle (G2 ; 39, 72, 109) au cours de laquelle on apprend l'empathie (G2 ; 112).

La formation

La formation permet d'apprendre tout ce qu'est la relation, la pudeur et l'intimité (G2 ; 55), le savoir et le savoir-être (G4 ; 40). C'est une formation dense (G1 ; 25, 27), éprouvante (G4 ; 114), qui modèle les ESI (G1 ; 69). Le temps est gaspillé (G3 ; 138).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance(CRF)

Suivre la formation dans cet institut apprend à être « débrouillard » (G1 ; 97/G2 ; 182), à développer ses capacités d'adaptation (G1 ; 95/G4 ; 149) et à savoir travailler avec peu de matériel. Sa « marque » est l'humanitaire et la santé publique (G2 ; 193, 254). Beaucoup d'ESI sont partis car ils n'étaient pas matures (G1 ; 74).

L'institut propose des conditions de travail insatisfaisantes (G3 ; 133). Il est qualifié d'arriéré (G3 ; 125). Mais c'est le seul concours réussi (G3 ; 96) ; il est dommage que la formation soit payante et chère (G3 ; 123). Les ESI notent parfois un esprit de compétition entre pairs (G1 ; 145/G2 ; 221, 223) ou de l'indifférence (G1 ; 150). Ils s'autoévaluent négativement : ils ne savent rien et n'ont pas de jugement clinique (G1 ; 142). Ils critiquent le manque d'écoute de la part de l'institution (G3 ; 174-180).

Les autres IFSI

- L'IFSI Bagatelle

Les locaux sont agréables, les conditions de travail doivent l'être aussi (G3 ; 154-158). Mais, cet institut fonctionne plus dans le formatage (G1 ; 175) et n'aime pas les personnalités (G1 ; 172). Il est jugé trop encadrant (G3 ; 134).

- L'IFSI Charles-Perrens

Les ESI sont « calés » en psychiatrie (G2 ; 176). L'organisation de leur emploi du temps est faite en leur faveur : ils bénéficient d'une après-midi de « libre » par semaine (G3 ; 149).

- L'IFSI Xavier-Arnoz (CHU)

Les ESI sont « calés » sur certaines choses (G2 ; 179). Mais, la formation y est très scolaire. C'est le contraire de l'IFSI Charles-Perrens (G2 ; 179).

Entretien de fin d'année

Les entretiens de fin d'année de CRF3 se situent en Annexe 5, p.465 à p.468.

La situation d'entretien

Les groupes se sont considérablement réduits : six étudiants au total, malgré nos relances et nos propositions de rendez-vous sur plusieurs plages horaires.

Les stages, les compétences

Nombreux à être en stage dans le même service, les étudiants des différents IFSI entrent en rivalité entre eux pour pouvoir réaliser des soins (G1 ; 120). Certains pensent qu'ils n'ont pas assez de connaissances (G1 ; 58).

L'identité professionnelle

Les équipes sont plus sévères et rigoureuses (G1 ; 49) mais le bilan est satisfaisant, « on nous voit comme des professionnels » (G1 ; 19, 36, 39, 52), « de futurs collègues » (G2 ; 45), pas comme de simples stagiaires (G1 ; 57). Les épreuves du DE sont considérées comme un aboutissement.

Les IFSI

L'équipe est peu aidante, dans la sanction (G1 ; 73-74), offre peu de soutien (G2 ; 33). Le nouveau référentiel favorise l'apprentissage des connaissances (G2 ; 55), mais les stages sont moins diversifiés car plus longs et les ESI sont moins formés (G2 ; 58). Les MSP étaient des aiguillons (G2 ; 64) qui aidaient à progresser.

L'IFSI d'appartenance (CRF)

Il y a uniformisation entre les étudiants « On est tous pareils » (G2 ; 23). Les caractéristiques de l'IFSI sont l'adaptation (G1 ; 30, 80) et l'autonomie (G1 ; 71). L'absence des TP est regrettable (G2 ; 34). Les conditions de travail sont insatisfaisantes (G2 ; 42-43).

Il existe une rivalité (G1 ; 128, 134) dans la promotion et l'ambiance est tendue.

Les ESI ne recommandent pas leur institut (G1 ; 75).

Les autres IFSI

- L'IFSI Bagatelle

L'IFSI est réputé rigoureux (G2 ; 31) ; mais il est difficile de travailler avec les étudiants de cet institut (G1 ; 126).

- L'IFSI Charles-Perrens

Les ESI sont de bon contact pour travailler (G1 ; 124-125) ; ils sont comme dans un cocon, font du yoga (G2 ; 30).

Type de catégorisation sociale de CRF3

Un défavoritisme endogroupe est présent du fait des conditions de travail, de l'encadrement qui se situe peu dans l'accompagnement.

La discrimination intergroupe s'effectue selon une partition binaire avec quelques éléments scalaires : l'IFSI de Bagatelle est trop encadrant, celui de Xavier-Arnozan dispense plus de connaissances. L'IFSI de Charles-Perrens est perçu de manière très positive.

IFSI de Dax

Entretien de début d'année

Les entretiens de début d'année de D3 se situent en Annexe 5, p.470 à p.478.

La situation d'entretien

Les quatre groupes sont formés des mêmes étudiants qu'au premier entretien. Les échanges entre étudiants sont fluides.

Le métier

C'est un métier dynamique (G1 ; 23) qui n'est pas choisi au hasard et qui apporte un sentiment d'utilité (G1 ; 33). Mais il comporte aussi des contraintes par rapport à la vie de famille (G1 ; 111) « pas de week-end complet depuis trois mois »

L'infirmière a des responsabilités énormes (G3 ; 29, 43/G4 ; 17 'AS'). L'image de l'infirmière gentille et dévouée (G1 ; 42) est une version idéalisée. Elle a une aisance dans la communication (G4 ; 54)

Les dimensions du soin

L'aspect relationnel est souligné (G1 ; 22/G2 ; 50), mais il semble parfois trop mis en valeur (G1 ; 80). Un soin technique anodin ne l'est pas (G2 ; 46).

Les stages, les compétences

Ils ont permis de concrétiser les charges afférentes (G3 ; 40/G4 ; 27, 48-50).

L'organisation (G3 ; 88) est une compétence à améliorer : la gestion d'un secteur, avec dynamisme, et « tout avoir en tête », la prise en charge globale (G4 ; 46) ; mais aussi des compétences gestuelles comme la dextérité (G4 ; 43). Les pratiques avancées sont évoquées (G4 ; 30-31).

Certains stages sont peu formateurs (G1 ; 82) voire infantilisans (G4 ; 46). Il existe un écart entre le réel et l'enseignement (G1 ; 103).

Les stages leur permettent de se confronter au milieu de travail et de préciser leur projet professionnel ; certains n'iront pas travailler à l'hôpital (G1 ; 65). Ils sont bienvenus car les étudiants ont besoin de bouger (G3 ; 85) : une AS, après une période à l'IFSI.

Le statut de stagiaire n'est pas facile (G1 ; 47) surtout quand on est âgé (G3 ; 37) : une AS qui a été soutenue et aidée par les plus jeunes. Mais globalement, les ESI ressentent de la solitude, et un manque d'entraide (G1 ; 44).

La formation

Sont soulignées les connaissances importantes qu'il faut avoir (G2 ; 48/G4 ; 36) parmi lesquelles il faut faire le tri. Les avis sur les MSP sont partagés (G3 ; 143-146).

Les ESI s'interrogent sur le contrôle des formateurs (G1 ; 124), repèrent des comportements arbitraires de certains (G4 ; 76-78) qui jugent l'étudiant et non son travail (G4 ; 92).

L'identité professionnelle

Les ESI font partie de l'équipe (G2 ; 74/G4 ;). Ils sont plus dans la compréhension des situations (G2 ; 40) et perçoivent une transformation personnelle : ils sont moins naïfs qu'en 1^{ère} année (G4 ; 104), plus ouverts (G4 ; 112).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (Dax)

C'est une « bonne école » (G2 ; 63) qui assure une formation de qualité (G3 ; 119) : elle amène plus de connaissances que l'institut de Mont de Marsan (G3 ; 121) ou celui de Bayonne (G2 ; 63).

« Dax doit être l'élite » (G1 ; 96) dit un étudiant, rapportant le discours de l'institution.

Les étudiants ont le sentiment de subir un formatage, une pression (G3 ; 124), d'être cassés (G1 ; 121). Certains ESI ont des conduites addictives (G1 ; 143).

Les autres IFSI

L'IFSI Charles-Perrens a un niveau plus haut, demande de la part des étudiants plus de connaissances (G3 ; 136-137).

Entretien de fin d'année

Les entretiens de fin d'année de D3 se situent en Annexe 5, p.480 à p.487.

La situation d'entretien

Les étudiants paraissent dépités, épuisés (G1 ; 3, 6/G3 ; 46), L'alcoolisme de certains (G1 ; 48) est à nouveau évoqué.

Les stages, les compétences

Un étonnement persiste concernant les charges afférentes aux soins (G3 ; 76-79) AS), les connaissances demandées (G4 ; 51).

Certains se plaignent du manque de pratique de certains soins (G1 ; 10/ G3 ; 8/G4 ; 41, 44) : trois bilans sanguins en trois stages, peu de poses de perfusions, de sonde gastrique... car les disciplines des stages sont trop espacées (G1 ; 51-53).

Certains stages ne répondent pas à leurs attentes (G3 ; 16) comme la psychiatrie. Les équipes sont moins exigeantes vis-à-vis des étudiants hommes (G3 ; 130).

La formation

L'institut assure une bonne formation théorique (G1 ; 64) qui fait réfléchir sur ses pratiques passées (AS) (G3 ; 107-109) et initie une transformation personnelle (G3 ; 111-113). Les étudiants ont hâte de terminer la formation (G2 ; 10, 16) mais regretteront la fin des relations de groupes (G2 ; 58, 60).

Les relations avec l'équipe pédagogique sont soit chaleureuses (G4 ; 84, 85), soit plus tendues : les étudiants se plaignent d'un manque de soutien de leur part (G1 ; 11, 24), un manque de cohérence au sein de l'équipe (G1 ; 20). Ce qui entraîne des stratégies pour le choix du stage du DE (G1 ; 41/G2 ; 30-35). Les ESI appréhendent certains formateurs comme des contre-modèles des (G1 ; 71 et interrogent le positionnement des formateurs comme évaluateurs (G3 ; 145).

L'identité professionnelle

Ils éprouvent le stress de la prise de fonction (G4 ; 4, 16). Certains envisagent le choix de l'intérim pour affiner leur projet et faire ce qui leur plaît (G4 ; 65).

Dans le groupe 4 E2, un étudiant est dans une position de réassurance vis-à-vis de ses camarades (G4 ; 35, 46)

En cette fin de formation, ils constatent la reconnaissance des professionnels (G4 ; 8) : « on nous laisse un secteur ». L'équipe est une aide, sur laquelle on peut se reposer (G4 ; 14)

Appréhension du travail (G3 ; 48-49) : solitude, pas de travail d'équipe (G3 ; 86, 89) heurts de leur idéal (G3 ; 91)

Les IFSI

IFSI d'appartenance (Dax)

L'IFSI forme des étudiants plus proches du patient, se situant plus « dans le relationnel » (G2 ; 78-79). C'est une petite école (G4 ; 76) qui a une rigueur qui tient (G3 ; 135).

D'autres étudiants (du même groupe) ont une tout autre vision : c'est un IFSI sans valeurs (G1 ; 92) dans lequel règne une mauvaise ambiance (G1 ; 82).

IFSI de Bordeaux

Les ESI de Bordeaux sont surtout dans le technique (G2 ; 83) car les patients sont différents ; à Dax, les patients n'ont pas les mêmes demandes.

Type de catégorisation sociale de D3

C'est une modalité scalaire de catégorisation : la dimension relationnelle est plus investie, les ESI sont plus proches des patients que les ESI de Bordeaux (terme générique)

Par rapport à la formation générale, les modes de catégorisation sociale est binaire et par rapport aux connaissances scalaire.

IFSI Bagatelle

Entretien de début d'année

Les entretiens de début d'année de B3 se situent en Annexe 5, p.489 à p.493.

La situation d'entretien

L'entretien se déroule dans un climat calme, très policé. Les étudiants s'écoutent, ne se coupent pas la parole.

Le métier

Le choix du métier peut procéder d'une vocation familiale (G2 ; 17), « ça remonte à loin » (G2 ; 15). Les principaux éléments étonnants sont les responsabilités par rapport aux prescriptions médicales (G1 ; 69-71), responsabilités majorées par le fait d'« avoir quelqu'un entre nos mains » (G3 ; 23).

Les connaissances et l'organisation sont d'autres éléments étonnants, mais l'environnement familial (mère infirmière) avait donné ces informations (G3 ; 26, 46).

La diversité des lieux d'exercices est attrayante (G1 ; 45).

Les relations avec les AS sont parfois compliquées de l'ordre du rapport de forces (G1 ; 33).

Le fait d'être un homme facilite les relations avec les équipes (G2 ; 96).

Les stages, les compétences

An niveau des compétences, les étudiants repèrent des manques dans l'organisation, dans la collaboration (G1 ; 19), dans la maîtrise de certains soins comme le sondage vésical (G1 ; 20). Ils peuvent se juger à la fois manquant ou non d'assurance (G1 ; 18, 74). Mais ils se sentent à l'aise dans le relationnel (G1 ; 46, 59 / G3 ; 38, 41).

Les stages génèrent Fatigue physique et psychique (G3 ; 60, 68), les étudiants craignent d'être submergés par les émotions (G3 ; 53).

La formation

Elle met en avant les sciences humaines (G1 ; 48), mais certains sont critiques par rapport aux savoirs (G2 ; 37). Le travail demandé ou nécessaire, autant à l'IFSI qu'en stage, est important (G3 ; 30).

C'est une formation paradoxale qui forme à un idéal (G2 ; 43-45) et, en même temps, « on nous pousse à détester la formation » (G2 ; 49).

L'équipe pédagogique assure un vrai suivi pédagogique, personnalisé, y compris psychologique (G1 ; 103-104). Il existe une proximité avec l'équipe qui est très disponible et ouverte (G1 ; 50, 112). Certains étudiants ont une perception autre : l'équipe stigmatise les ESI en échec et les pousse à changer de voie (G2 ; 79-80).

L'identité professionnelle

La première année a été éprouvante, les valeurs sont mises à mal (G2 ; 56, 66) entre autres par la charge de travail en stage (G3 ; 49), c'est « une déculturation » (G2 ; 58). Le décalage théorie-pratique permet d'avoir nos valeurs (G2 ; 53). Un de critères du choix du lieu d'exercice est le respect des valeurs de l'étudiant : certains n'iront pas travailler au CHU car leurs valeurs n'y sont pas respectées (G3 ; 56).

Il y a un décalage avec le cercle amical ou familial: « on ne peut pas leur parler de la toilette mortuaire » (G2 ; 60-62).

La formation amène à une transformation de soi, à être ouvert d'esprit (G2 ; 64), à développer son esprit critique (G2 ; 46, 64).

Le travail d'équipe (G2 ; 26) ou certaines qualités de l'infirmière comme la patience ou l'écoute (G2 ; 32) sont des dimensions importantes du travail, mais les ESI repèrent les difficultés à mettre en pratique (G2 ; 33).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (Bagatelle)

L'IFSI est le meilleur (G1 ; 100), avec une excellente réputation (G1 ; 102/ G2 ; 84, 93/ G3 ; 77-82), connu dans la France entière (G2 ; 94) ; un des plus formateurs (G2 ; 85). Mais cet institut commencerait à décliner (G2 ; 98). Il est à taille humaine, encadre mieux les ESI, est plus performant que les autres IFSI (G3 ; 83). En même temps, il impose « un moule » dans lequel les étudiants sont obligés d'avoir du répondant (G2 ; 72-74).

C'est le seul IFSI à avoir un foyer (G2 ; 90).

Les autres IFSI

- Les IFSI du CHU

Les ESI intègrent des promotions à effectifs importants (G3 ; 80).

Entretien de fin d'année

Les entretiens de fin d'année de B3 se situent en Annexe 5, p.495 à p.499.

La situation d'entretien

La fin de la formation est épuisante, difficile (G2 ; 6) : de nombreux étudiants ont arrêté leur formation (des reports ou des notes insuffisantes aux MSP) (G1 ; 39).

Le métier

Les étudiants avaient des idéaux sur le rôle propre, la communication, le projet de soins personnalisé (G3 ; 31-32). Un ESI envisage une reconversion après le DE (clown stéthoscope) (G2 ; 17) car elle trouve le milieu professionnel étriqué.

Les stages, les compétences

L'apprentissage pratique est centré sur les soins techniques (G1 ; 5) ; certains ESI n'ont jamais fait certains soins (G1 ; 3). Ils éprouvent des difficultés à s'adapter aux stages (G1 ; 18).

Ils n'iront pas travailler à l'hôpital (G3 ; 28, 34) car en refusent le moule, et leurs idéaux y sont malmenés.

La formation

Les étudiants sélectionnent les savoirs : ils choisissent d'apprendre ce qui ce qui leur sera utile dans le métier (G1 ; 16), c'est-à-dire dans le premier lieu d'exercice.

La dimension relationnelle ne devrait pas faire l'objet d'un apprentissage : c'est une dimension plus personnelle (G1 ; 8) « Je ne m'attendais pas à ce qu'on nous forme sur ça »

Les modules optionnels sont des bouffées d'oxygène (G3 ; 47).

L'organisation de certains TD est défaillante (G2 ; 34, 43). Sans que ce soit du maternage, des étudiants demandent un peu plus de soutien (G2 ; 48).

L'identité professionnelle

Les responsabilités professionnelles « on a quand même des vies humaines entre les mains » (G3 ; 96). Le groupe professionnel est perçu comme assez statique (G3 ; 27).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (Bagatelle)

Cet institut dispense la formation avec rigueur, sérieux (G2 ; 52) ; ce qui peut lui donner un côté un peu « mère supérieure » (G2 ; 53). La formation centrée sur « le prendre soin » est d'un haut niveau par rapport aux autres instituts (G3 ; 64).

Les étudiants le conseillent à condition d'avoir le profil (G1 ; 62). Les étudiants qui ne sont pas dans le moule, ne finiront pas leur scolarité et seront exclus (G1 ; 67). Des critiques sont adressées à certains pairs : ils ne sont pas prêts (G3 ; 74), n'ont pas les compétences (G3 ; 90), ne sont pas soignants 24h/24 (G2 ; 55, 58).

Les autres IFSI

- L'IFSI de la Croix-Rouge Française

Les étudiants sont « des laissés pour compte ». Les intervenants ou les formateurs arrivent en retard ou sont absents (G1 ; 60), les apports sont moins poussés (G1 ; 57-58) et la formation est *a minima* (G3 ; 54). Les locaux de l'institut ne sont pas agréables (G3 ; 54).

- Les IFSI du CHU

Les ESI ne se connaissent pas et les promotions sont très impersonnelles (G1 ; 52). Un étudiant n'y aurait « surtout pas » fait sa formation (G3 ; 60).

- L'IFSI Charles-Perrens

Un institut où l'entraide est présente, la formation est plutôt « psy » (G3 ; 56-57). C'est l'institut qui ressemble le plus à l'IFSI Bagatelle (G1 ; 50), certains le jugent même « mieux que Bagatelle pour la formation » (G2 ; 31).

Type de catégorisation sociale de B3

La modalité de catégorisation sociale est nettement scalaire dans cette promotion de 3^{ème} année de l'IFSI Bagatelle, elle se maintient tout au long de l'année.

En fin d'année, la catégorisation sociale est également de type polaire sur la notion du « prendre soin ». Les ESI de l'IFSI Bagatelle se décrivent comme ayant bénéficié d'une formation performante concernant cette dimension.

IFSI Pellegrin

Entretien de début d'année

Les entretiens de début d'année de P3 se situent en Annexe 5, p.502 à p.511.

La situation d'entretien

Un groupe formé de seulement deux étudiants P3G2 : 2ESI mais très long, soutien Pour un groupe, ce fut une situation de suivi pédagogique.

Le métier

C'est une belle école de la vie (G2 ; 21). Mais qui peut demander dévouement voire sacerdoce (G4 ; 101, 104). La profession est jugée frustrée et mal dans sa peau (G3 ; 21).

La multiplicité des lieux d'exercices est attrayante (G2 ; 19), comme les manières d'investir la fonction : être exécutant ou non (G2 ; 26).

Les ESI avaient une vision trop simpliste : ou l'infirmière est une personne gentille, souriante (G1 ; 32), proche des patients (G4 ; 41) ou une piqueuse (G1 ; 30).

À côté des soins techniques, découverte du relationnel qui est le plus difficile à mettre en place (G1 ; 45-46). Ces deux dimensions pouvaient s'exclure l'une l'autre (G3 ; 24, 29).

Soigner, c'est entrer dans l'intimité des personnes, intimité physique et psychologique (G1 ; 58-61).

Les stages, les compétences

Les stages ont permis de découvrir les lourdes responsabilités (G1 ; 85) : une erreur peut faire mourir un malade (G1 ; 87) ; les charges afférentes qualifiées de « paperasse » (G4 ; 54); de la hiérarchie pesante. Certains jugent qu'ils ont encore des lacunes en pharmacologie et dans le savoir-être (G2 ; 40-45).

Les ESI ne pensaient pas qu'ils devaient avoir un regard critique sur la prescription (G1 ; 99, 107) : ils connaissaient surtout le rôle prescrit, qui ne pousse pas à réfléchir (G4 ; 31-32) et qui fait de l'infirmière une « bonniche sans responsabilité » (G1 ; 27).

Les stages sont trop courts (G2 ; 45) et le nombre de stagiaires par service important (jusqu'à huit) (G2 ; 80, 94). Il est difficile d'à la fois se professionnaliser et d'être étudiant (G2 ; 53) : les étudiants sont dans un entredeux (G2 ; 74). L'ESI peut apporter un regard neuf sur certaines situations (cadre bouc-émissaire) (G2 ; 107).

Les équipes de soins sont malmenées et l'ESI peut être pris comme bouc-émissaire (G2 ; 84-85). Ils perçoivent l'encadrement en stage comme une charge pour l'équipe : « on fait perdre son temps au référent » (G2 ; 56), et cela peut perturber la dynamique du groupe (G2 ; 81).

Dans la réalité, les professionnels se plaignent de fatigue, d'usure (G1 ; 52), disent qu'elles n'ont pas le temps et « pourtant boivent le café », véhémentes (G1 ; 79-81). Les AS sont plus proches du patient sauf pour les transmissions et ont moins de responsabilités (G4 ; 56-57, 58).

La formation

Le travail d'équipe est idéalisé à l'IFSI (G4 ; 67). La toilette telle qu'abordée à l'institut est une utopie (G4 ; 41).

Il n'y a pas dans l'équipe d'uniformité dans la manière de fonctionner (G4 ; 133) et cela ne rassure pas les étudiants.

Les ESI critiquent « l'esprit militant » des formateurs qui leur demandent de faire écrire les prescriptions par les médecins (G4 ; 84-86) alors que ceci est une obligation légale

L'identité professionnelle

La formation entraîne une transformation de soi, « s'est découvert une patience inattendue » (G3 ; 40). La maturité est certes nécessaire mais ne tient pas à l'âge (G3 ; 33). En cette fin de formation, les professionnels leur signifient une certaine reconnaissance en les laissant autonomes (G2 ; 92).

Certains étudiants déplorent le manque de culture de l'infirmière (G3 ; 42) et un esprit de corporation (G2 ; 23).

L'institut est rattaché au CHU qui est « une grosse machine pleine de hiérarchie ne convenant pas à un étudiant atypique » (G2 ; 16).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance(Pellegrin)

L'IFSI a la réputation d'avoir des formateurs « super cool » et de laisser une certaine liberté, avis non partagé par certains (G3 ; 68). L'appartenance au service public est un élément porteur (G1 ; 163) mais, ils sont insatisfaits des disponibilités de stages (G2 ; 151) bien que dépendant du CHU.

L'IFSI est connu, ce qui peut susciter l'admiration de l'entourage (G1 ; 160).

Les ESI ne se jugent mais rapportent le jugement de « l'extérieur » : « On dit de nous que nous sommes 'des petits médecins' » (G4 ; 128).

Les autres IFSI

Chaque ESI trouve qu'il a la meilleure école (G2 ; 135/G3 ; 66).

- L'IFSI CRF

Le niveau de connaissances n'est pas très bon (G3 ; 74). L'IFSI est moins strict concernant l'apprentissage des soins (G3 ; 75). Il manque de matériel et de moyens (G2 ; 149). Les ESI sont formés sur le savoir-faire et non la compréhension de la situation (G2 ; 170).

- L'IFSI Bagatelle

Les étudiants sont très fiers de leur école, voire « snobs » (G3 ; 62). Ils portent leur appartenance à Bagatelle comme un étendard (G3 ; 64). Cet institut est axé sur la communication, il est plus strict (G4 ; 126).

Certains expriment des jugements dévalorisants sur les étudiants de cet institut.

D'un autre côté, l'institut est qualifié de traditionaliste (G2 ; 149) dont le fonctionnement est empreint de rigueur protestante (G2 ; 146). L'enseignement de la démarche de soins n'est pas « beaucoup poussée » (G2 ; 167).

- L'IFSI Charles-Perrens

Il est en quelque sorte l'alter ego de celui de Pellegrin (G3 ; 71) mais avec une orientation très « psy » (G1 ; 147)/G2 ; 155, 161). Les ESI sont plus cool, « Peace and love » (G4 ; 123), ont plus de recul (G2 ; 143-144/G4 ; 114) et sont davantage soutenus (pas de redoublement) (G4 ; 116). Les évaluations sont moins complexes (G4 ; 130). La formation se base sur un modèle conceptuel différent (G1 ; 156).

Entretien de fin d'année

Les entretiens de fin d'année de P3 se situent en Annexe 5, p.514 à p.527.

La situation d'entretien

Les entretiens prennent des formes diverse : entretien de soutien (les étudiants se disent « au bord du burn out » (G2 ; 3) ; séance d'analyse de pratiques. En cette fin de formation, avant les épreuves du diplôme d'État, les étudiants se rassurent entre eux.

Le métier

Ils en avaient une vision naïve en 1^{ère} année (G1 ; 116), idéalisée (G2 ; 25) : une super infirmière (G3 ; 74). Leur représentation était tournée vers l'aide et le soutien psychologique (G5 ; 129, 136). Puis ils ont découvert les responsabilités (G1 ; 118/ G2 ; 18/G5 ; 125) : « ça m'est tombé sur la tête ». Et l'appréhension de champ d'autonomie professionnelle est venue petit à petit (G5 ; 6). Aujourd'hui, ils en ont une vision « réaliste » et parlent d'« un fossé » (G2 ; 27) avec leur représentation du début de formation.

Les stages, les compétences

Les soins techniques sont acquis, (G1 ; 35) à la différence de l'organisation et la gestion des charges afférentes (G1 ; 121). L'adaptation est une compétence à acquérir : il faut « toujours s'adapter aux stages » (G3 ; 84) ; comme les fondamentaux que sont les critères de soins (G2 ; 77).

Il est difficile de se faire accepter dans une équipe ; les soignantes sont parfois « langues de vipères » (G1 ; 60), surtout dans les équipes de femmes (G2 ; 46, 51). Même face à la mort, il n'y a pas de cohésion (G52 ; 43-45). Les ESI éprouvent surtout des difficultés avec les AS, plus âgées (G5 ; 104, 109-110). En stage, l'infirmière doit être à la fois évaluatrice et formatrice (G5 ; 67).

La formation

La formation est jugée comme très dure, prenante et stressante (G2 ; 15/(G3 ; 81) ; mais également, épanouissante (G4 ; 55), pas infantilisante (G5 ; 176). Certains se sont amusés pendant cette formation (G5 ; 150). Certains contenus comme la DDS ou la relation n'ont pas besoin d'être théorisés (G1 ; 77-78).

Les étudiants se sentent plus solidaires à l'IFSI « on se sent en sécurité » (G1 ; 49, 64/G4 ; 67). Mais le statut d'ESI est inconfortable (G1 ; 12).

Elle entraîne une transformation car elle demande un travail sur soi (G2 ; 120, 123, 126) : « Mon calme m'épate » (G3 ; 29,-31), « ça m'a fait grandir » (G5 ; 156).

L'alternance, concernant les stages, est trop « espacée » (G2 ; 97-98). Le référentiel de formation de 2009 ne comporte plus de MSP ni de modules optionnels et ceci est jugé négativement (G3 ; 93), les ESI sont désormais en quelque sorte « voués » à l'IFSI (G3 ; 97).

L'identité professionnelle

Les relations avec les médecins et les infirmières changent : les ESI sont pris au sérieux (G3 ; 13-16, 26, 34/G4 ; 88, 90) ; les professionnels les voient comme des collègues (G1 ; 14, 45), ils reconnaissent leurs compétences, prennent en compte leur jugement clinique ; une vraie collaboration est instaurée avec le médecin (G5 ; 14, 16-26, 30, 36). Ce retour positif (G1 ; 37) engendre une plus grande confiance en eux (G1 ; 33, 37/G3 ; 14/ G5 ; 3-4) car ils ont besoin d'être reconnus dans ce qu'ils font « besoin d'être aimée et reconnue dans le travail » (G1 ; 66).

Ils vivent des situations lourdes qui les touchent car ils sont des « êtres humains » (G1 ; 105) et pensent que l'utilisation d'outils informatiques (DX care) peut faire oublier le cœur du métier (G4 ; 43).

La perspective de l'entrée dans le marché du travail engendre du stress (G1 ; 3, 7). Ils perçoivent le CHU comme une usine (G4 ; 46).

Les IFSI

L'IFSI d'appartenance (Pellegrin)

L'équipe pédagogique est perçue comme disponible : « C'est une équipe avec qui on peut discuter » (G2 ; 203). Certains ont éprouvé le besoin d'être plus soutenus (G4 ; 62).

Les étudiants critiquent l'organisation des TD : un mauvais calcul des heures (G3 ; 128) et une exploitation qui n'amène rien (G3 ; 125).

Les étudiants en soins infirmiers acquièrent l'autonomie (G1 ; 127) et une certaine ouverture d'esprit (G5 ; 209), deviennent indépendants (G5 ; 216). Les ESI sont perçus par les autres comme de « petits médecins » (G2 ; 164) : c'est autant une vision négative en occultant le champ d'autonomie que positive en soulignant les connaissances acquises.

Les deux instituts du CHU sont identiques (G4 ; 103) mais tout de même, à l'IFSI de Xavier-Arnoz, les ESI sont plus « cadrés » (G1 ; 128).

L'institut dépend du service public (G5 ; 202) et la proximité avec les étudiants d'autres professions de santé sur l'IMS (G5 ; 211) est un avantage d'hétérogénéité et d'enrichissement.

Mais cet institut exige beaucoup de rigueur (G5 ; 204), il est hyperdisciplinaire en faisant respecter strictement les horaires (G4 ; 72-75).

Les autres IFSI

Il y a des cultures différentes mais ce qui compte c'est la personnalité des ESI (G2 ; 172). « À Pellegrin, nous sommes tous différents, alors avec les autres ! » (G3 ; 143).

- L'IFSI CRF

Les éléments positifs tiennent à l'étiquette « humanitaire » (G1 ; 126) et leur corollaire les stages à l'étranger (G4 ; 120), aux effectifs des promotions qui renvoient l'image d'une famille (G1 ; 128).

Par rapport au contenu et au fonctionnement, les jugements sont tranchés : les apports sont moins approfondis (G3 ; 109) ; Peu encadrés les étudiants n'ont pas le niveau (G2 ; 195) et ne sont pas efficaces en stage (G3 ; 113-114).

Les conditions de travail prennent encore une place importante : le coût, l'absence de self et la pénurie de matériel « Ils nous envient pour notre matériel » (G5 ; 201).

- L'IFSI Bagatelle

Doté d'une bonne réputation (G3 ; 115) et d'une dimension famille (G4 ; 104), l'IFSI forme les meilleurs étudiants (G2 ; 187).

Mais, la qualité de la formation est évoquée de manière sarcastique « Il forme les meilleurs infirmiers du monde » (G5 ; 196). Son fonctionnement est aussi perçu comme très militaire, très cadré, très strict (G3 ; 115), avec une main de fer. (G1 ; 130). L'institut est un microcosme où il est difficile de rentrer (G4 ; 115) et est responsable de l'exagération de certains comportements : dans les stages, les ESI ne déjeunent pas avec l'équipe (G4 ; 116).

- L'IFSI Charles-Perrens

L'ambiance générale de l'institut engendre moins de stress, les étudiants sont « zen », (G1 ; 132), leur parole est reconnue : « tout ce qu'ils disent est bien » (G2 ; 161).

La spécificité « psy » peut devenir un obstacle à la recherche d'un emploi : « ils ne peuvent travailler qu'en psychiatrie » (G5 ; 199). Elle peut générer une attitude élitiste : ils savent tout en psy, en sont fiers, ils ont « la grosse tête » (G1 ; 135) avec une comparaison avec la posture d'« intellectuel parisien » (G1 ; 140).

Type de catégorisation sociale de P3

Les étudiants apportent peu d'éléments positifs de leur IFSI mais catégorisent les autres. Le processus de discrimination amène un favoritisme endogroupe selon une modalité polaire : « Ils ne sont pas formés à la compréhension de la situation de soins » : il ne s'agit pas de la même profession ; ces étudiants sont de futurs exécutants et non des professionnels, ils ne seront pas autonomes et ne pourront assumer pleinement leurs responsabilités.

La modalité de catégorisation vis-à-vis de l'IFSI de Bagatelle est scalaire et porte sur la DDS en début de formation. L'IFSI Charles-Perrens fait l'objet d'un favoritisme exogroupe marqué.

Analyse des entretiens de troisième année

Les étudiants de l'IFSI de la Croix-Rouge Française de 3^{ème} année introduisent, à l'instar de leurs collègues de 1^{ère} année, de nouvelles dimensions de comparaisons : « la débrouillardise » qui pourrait être appréhendée comme une hybridation entre l'autonomie et l'adaptation. L'objectif poursuivi est la visibilité (Aebischer et Oberlé, 1990, p.100). L'adaptation que les étudiants nomment d'un terme familier, non professionnel, de « débrouillardise » devient une capacité qui leur permet de maintenir une identité sociale positive malgré les mauvaises conditions de travail, le manque de soutien perçu de la part de l'équipe pédagogique.

Certains étudiants de 3^{ème} année de l'IFSI Bagatelle portent un jugement sévère sur certains de leurs pairs, non en termes de non réussite aux exigences évaluatives mais en termes de manque de compétences ou de défaut quant aux valeurs. La théorie de la co-variation de Deschamps éclaire ce discours : « [...] les sujets issus des groupes occupant les meilleures positions sociales seraient en même temps ceux qui se différencieraient le plus : aussi bien à l'intérieur du groupe d'appartenance qu'à travers ses frontières (Vinsonneau, 1999, p.83). Bagniet (1998, p.88) fait référence à la notion du Primus Inter Pares de Codol : plus un individu adhère aux normes d'un groupe, plus il a tendance à se distinguer des autres membres du groupe.

L'identité professionnelle dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image (Fray et Picoiuleau, p.176). En fin de formation, les étudiants sont dans un « entredeux » comme le décrit un étudiant de P3, ayant presque quitté leur groupe d'appartenance des étudiants infirmiers et quasi intégré leur groupe de référence des infirmiers professionnels. Tous les étudiants de 3^{ème} année notent cette modification du regard des professionnels de terrain qui ne les perçoivent plus comme des stagiaires mais comme de futurs collègues. Nous voyons à l'œuvre la transaction relationnelle énoncée par Dubar (2005), les stages devenant les espaces d'identification prioritaires, lieux où les étudiants se considèrent comme suffisamment reconnus et valorisés (Dubar, 2005, p.121). par la reconnaissance de leurs compétences par les professionnels de terrain. Les ESI de l'IFSI Bagatelle sont les plus critiques vis-à-vis du groupe professionnel qu'ils qualifient de « statique ».

Le rapport à la formation n'est pas uniquement un rapport instrumental mais aussi « professionnel » : la formation amène une transformation personnelle, à un travail sur soi. Les ESI de 3^{ème} année soulignent l'évolution de leur représentation du métier depuis le début de leur formation, de naïves en début de formation à réalistes à la fin (Hughes).

Avant les épreuves du DE, les étudiants expriment leur inquiétude ce que Baillauquès évoque dans son étude sur la prise de fonction des jeunes enseignants en parlant de représentations de rupture (Baillauquès, 2001, 48) : elles ne seraient pas en adéquation avec la réalité concrète du quotidien.

4.2.2.4 Synthèse des analyses des entretiens

Le mode de catégorisation sociale est binaire en début de formation sauf pour l'IFSI Bagatelle : les étudiants utilisent un mode scalaire tant en 1^{ère} année qu'en 3^{ème} année, tout au long de l'année universitaire. Ce résultat infirme partiellement notre seconde hypothèse.

Les étudiants de 3^{ème} année nuancent le processus d'homogénéité par un mécanisme de variabilité, de co-variation. Ce phénomène de co-variation est plus prégnant dans les groupes de haut statut que dans ceux de bas statut. Les membres d'un groupe qui se perçoivent comme privilégiés vont plus avoir tendance à se différencier des membres de leur groupe d'appartenance, alors que les sujets de groupes de bas statut mettent en œuvre préférentiellement le processus d'assimilation (Deschamps et Devos, 1999, p.69-70 ; Storari et Gilles, 2005, p.4). Ce groupe présente une différenciation interindividuelle intragroupale forte. Les étudiants de cet IFSI peuvent être repérés comme des dominants dans le champ composé par les instituts de formation.

Vis-à-vis de l'IFSI de la Croix-Rouge Française, les étudiants de l'IFSI Bagatelle n'énoncent jamais, au contraire des autres étudiants, ce qui est la spécificité de cet IFSI, reconnu par tous : l'humanitaire. Plus que de discrimination envers l'exo IFSI, peut-être faudrait-il parler de discrimination « privative », c'est à dire la privation des caractéristiques positives (Gilibert et Salès –Wuillemlni, 2005, p.309).

Le mode de discrimination n'est pas corrélé à la promotion, 1^{ère} ou 3^{ème} année, mais à l'IFSI d'appartenance. Les étudiants de l'IFSI Bagatelle utilisent un mode scalaire dès la première année. Même s'il existe des éléments qui nuancent leur jugement, ces étudiants ont globalement une vision positive de leur institut de formation : l'équipe pédagogique, la formation assurée, le fonctionnement de l'institut.

Les étudiants de la Croix-Rouge Française ont une perception « inversée » : la formation est appréhendée comme décalée, peu efficiente et l'équipe pédagogique comme absente, dans le retrait, voire maltraitante, dans la sanction. Ils sont sensibles au contexte intergroupe (Storari et Gilles, 2005, p.5).

Les étudiants mettent l'accent mis sur les savoirs enseignés, leur scientificité et leurs difficultés d'apprentissage. La professionnalisation par les savoirs, confortée par le référentiel de formation de 2009, est clairement perçue par les étudiants.

L'intérêt des activités qui ont comme objet de faciliter l'apprentissage de la posture réflexive, la prise de recul sur des situations émotionnellement lourdes (TD sur la toilette (B1), les groupes de parole (D1) n'est pas perçu.

	CRF		Dax		Bagatelle		Pellegrin	
	CRF1	CRF3	D1	D3	B1	B3	P1	P3
Favoritisme endogroupe	+ ou -	+ ou -	+ ou -	oui	oui	oui	+ ou -	oui
Modalité catégorisation sociale	Binaire	Scalaire	Binaire	Polaire	Scalaire	Scalaire Polaire	Binaire	Scalaire Polaire
Homogénéité	contrasté	contrasté	oui	oui	oui	Co variation	oui	oui

Tableau 43: Tableau récapitulatif des processus de catégorisation sociale selon les promotions des IFSI

Les étudiants de l'IFSI Charles Perrens sont « hors catégorie », hors classement, ils sont ailleurs et ne se situent pas dans le même champ. Ils bénéficient d'un favoritisme exogroupe marqué. L'IFSI est perçu comme un groupe de référence auquel les étudiants de l'IFSI Bagatelle ou ceux de l'IFSI Pellegrin s'identifient. Cet IFSI se différencie par le contenu de la formation (des savoirs issus des sciences humaines, sociologie et psychologie) et par la connotation « psy », en réminiscence de son passé d'institut de formation d'infirmiers psychiatriques.

4.3 Des représentations socioprofessionnelles en construction

4.3.1 L'approche qualitative

Lors des entretiens, les étudiants évoquent la rupture avec les représentations sociales qu'ils avaient avant d'entrer en formation. Les étudiants de l'IFSI Bagatelle de 1^{ère} année ne verbalisent pas cet écart, ce décalage au contraire.

En début de formation, la rupture s'effectue ou est aidée par l'étude des responsabilités « écrasantes » qui incombent à l'infirmière. Ces responsabilités semblent aussi être valorisantes si elles s'inscrivent dans le cadre d'une promotion professionnelle pour les anciennes aides-soignantes.

La dimension relationnelle des soins est perçue de manière prégnante en début de formation. Le champ d'autonomie infirmière est cependant peu appréhendé et c'est le rôle sur prescription médicale qui est mis en avant.

Les stages sont considérés comme le véritable lieu de l'apprentissage : « Là est le soin ». Ils permettent de découvrir les charges afférentes, c'est-à-dire ces actes, ou soins indirects, qui ne sont pas cliniques dans le sens où ils ne se réalisent pas au lit des personnes soignées. Les étudiants qualifient ces charges afférentes de « paperasse ».

La mise en situation quasi professionnelle qu'est le stage amène également les étudiants à éprouver d'autres éléments marquants de la profession comme la fatigue, physique et psychologique. En effet, certaines situations de soins vécues par les patients sont également émotionnellement lourdes pour les étudiants qui sont à la recherche de la bonne distance dans la relation soignant-soigné ou plus exactement de la juste proximité.

Les étudiants de 3^{ème} année décrivent bien ce « fossé » entre leurs représentations idéalisées, naïves de début de formation et celles qu'ils ont après trois ans de formation.

4.3.2 L'approche quantitative

Les représentations socio-professionnelles (RSP) sont renseignées par la question 17 du questionnaire, question fermée à échelle. Le traitement des données appliqué est l'analyse en composantes principales (ACP) qui analyse les liaisons entre les variables quantitatives. Les deux axes principaux expliquent les deux plus grands pourcentages de la variance des variables : ces pourcentages sont faibles, inférieurs à 50%, du fait du nombre élevé des variables (42) et expliquent donc une faible part de l'inertie, c'est-à-dire de la dispersion du nuage de points (Langouet et Porlier, 1989, p.138).

La contribution des autres axes (3^{ème} et plus) est moindre : par exemple, pour la strate des Étudiantes, celle du troisième axe est de 4,12% (valeur propre = 1,731 ; % cumulé = 35,33%)

L'alpha de Cronbach pour toutes ces contributions est supérieur à 0,8 ce qui confirme la consistance de l'échelle : l'ensemble des items mesurent bien la même chose. Les graphes de corrélation permettent de repérer les associations ou paires d'items qui sont corrélées sans préjuger du sens de leur contribution.

Nous avons posé comme hypothèse que les RSP des étudiants en soins infirmiers étaient différentes selon l'année de formation et selon l'IFSI d'appartenance. Nous allons maintenant décliner les analyses des RSP selon l'année, 1^{ère} ou 3^{ème} année, puis selon l'IFSI d'appartenance. Les ESI lors de l'administration du questionnaire avaient effectué au moins un stage.

4.3.2.1 Les représentations selon l'année

Les RSP de 1^{ère} année

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.549. Les deux axes principaux contribuent à expliquer 30,68% de la variance totale du nuage.

Contributions de l'axe 1

L'axe 1 (24,37% de l'inertie du nuage) rassemble donc les variables communes à l'ensemble des ESI de 1^{ère} année. Il permet de définir la dimension générale (Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi, 1992, p.111). Les variables les plus corrélées (4%) sont *Aide* et *Compréhension* puis les autres variables contribuent de manière égale à l'axe (3%).

Les variables se regroupent suivant les dimensions suivantes (cf. Tableau 9, p.152) : la dimension relationnelle (17%) puis technique (9%) et enfin celle de l'éthique professionnelle (3%).

Deux des variables contribuant de manière positive à cet axe sont *Soin Infirmier Relationnel* et *Relation d'aide*). Ce sont des soins infirmiers centrés sur l'aide et le soutien au malade, la relation soignant-soigné devenant vecteur de soin et non « simplement » relation professionnelle entre un soignant et un malade. Ces soins nécessitent entre autres une maturité, une disponibilité dans la relation à l'autre.

Contributions de l'axe 2

En contributions positives, les variables de la dimension technique sont très fortement corrélées à l'axe 2 (28%) puis celles de la dimension organisationnelle (8%). L'examen des contributions relatives négatives montre un renversement entre les dimensions technique

(28%) et relationnelle (31%) : cette dernière est fortement corrélée de manière négative à l'axe 2. Pouvons-nous parler de facteurs de groupes bipolaires (Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi, 1992, p.112) ? Plus les variables de la dimension technique sont corrélées positivement, moins les variables de la dimension relationnelle le sont.

Dans la dimension organisationnelle, les variables *Hôpital*, *Hiérarchie* et *Résistance physique* sont opposées à *Collaboration* et à *Adaptation*, variables centrées sur la manière de travailler, en équipe.

La variable *Éducation* (-2%) est la seule variable de la dimension technique à être corrélée négativement à l'axe ; elle est en opposition avec les autres variables de la dimension. La compétence est associée au geste technique et à sa maîtrise. L'*Éducation* se centre sur une technique mais que doit s'approprier la personne soignée. La variable *Accompagnement* est saturée négativement (-4%).

	Axe 1 (+24.37%)	Axe 2 (+6.31%)
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Aide +4,0%	Technicité +7,0%
	Compréhension +4,0%	Efficacité +7,0%
	Soin Relationnel +3,0%	Règles +6,0%
	Compétence +3,0%	Compétence +5,0%
	Connaissances +3,0%	Rés-Physique +4,0%
	Relation Aide +3,0%	Hiérarchie +2,0%
	Respect +3,0%	Professionnel +2,0%
	Professionnel +3,0%	Hôpital +2,0%
	Soutien +3,0%	Dextérité +1,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES		Communication -9,0%
		Ecoute -8,0%
		Relation -8,0%
		Accompagnement -4,0%
		Collaboration -2,0%
		Tolérance -2,0%
		Education -2,0%
		Observation -1,0%
	Adaptation -1,0%	

Tableau 44: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de 1ère année
(α de Cronbach = 0,91)

Coefficients de corrélation entre les variables

L'ACP réduit le nombre de dimensions de l'espace géométrique, mais si nous nous penchons sur les graphes de corrélation qui exposent les paires de variables les plus corrélées, la dimension technique (*Organisation/Rigueur* et *Règles/Efficacité*) présente des variables fortement corrélées (Annexe 7, p.550). Cependant, même fortement corrélées, elles ne contribuent pas à expliquer la dispersion du nuage des individus sur l'axe 1.

Promotion de 1 ^{ère} année	
Coeff.de corrélation	Variables des RSP
0,66	Organisation / Rigueur
0,61	Règles / Efficacité
0,56	Aide / Relation d'aide
0,56	Respect / Compréhension
0,54	Compétences / Professionnel
0,53	Professionnel / Règles
0,52	Communication / Relation

Tableau 45: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de 1^{ère} année

Les RSP de 3^{ème} année

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p. 551. Les deux axes principaux contribuent à expliquer 36,31% de la variance totale du nuage de points.

Contributions de l'axe 1

Cet axe contribue à expliquer 26,44% de l'inertie. La dimension relationnelle est très fortement corrélée cet axe (30%). Les variables sont nombreuses et quasi de même valeur dans leur corrélation à l'axe. Elles se réfèrent à la relation soignant-soigné et à la relation d'aide et au soin relationnel pratiqué en santé mentale. La variable *Respect*, de la dimension éthique professionnelle, contribue faiblement à cet axe (4%).

Contributions de l'axe 2

Expliquant le deuxième nuage de projection (9,87%), l'axe 2 se réfère à la dimension technique (32%), puis à la dimension organisationnelle et fonctionnelle (15%) et enfin à la dimension sociale (*Sécurité de l'emploi*). Les variables *Technicité* et *Soin technique* sont fortement corrélées à l'axe. (12% et 9%).

Comme précédemment, les variables de la dimension relationnelle dont celle de l'Accompagnement sont saturées négativement.

	Axe 1 (+26.44%)	Axe 2 (+9.87%)		
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Communication	+4,0%	Technicité	+12,0%
	Relation	+4,0%	Soin Technique	+9,0%
	Soin Relationnel	+4,0%	Dextérité	+6,0%
	Aide	+4,0%	Hôpital	+6,0%
	Relation Aide	+4,0%	Rés-Physique	+5,0%
	Respect	+4,0%	Efficacité	+5,0%
	Compréhension	+4,0%	Hiérarchie	+4,0%
	Ecoute	+3,0%	Séc-Emploi	+3,0%
	Observation	+3,0%	Règles	+3,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Accompagnement	-4,0%
			Communication	-4,0%
			Ecoute	-3,0%
			Soin Relationnel	-2,0%
			Relation Aide	-2,0%
			Respect	-2,0%
			Tolérance	-1,0%
			Relation	-1,0%
			Empathie	-1,0%

Tableau 46: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de 3^{ème} année
(α de Cronbach = 0,91)

Coefficients de corrélation entre les variables

Les coefficients de corrélation sont plus élevés que dans le groupe 1^{ère} année et montrent une corrélation forte (Annexe 7, p.552) entre des variables en lien avec la dimension relationnelle (*Écoute, Communication, Relation, Empathie*).

Promotions de 3 ^{ème} année	
Coeff. de corrélation	Variabes des RSP
0,68	Écoute / Communication
0,68	Communication / Relation
0,66	Relation d'aide / Empathie
0,65	Communication / Soin relationnel
0,64	Compétence / Connaissances
0,63	Soin technique / Technicité
0,62	Soin relationnel / Relation d'aide

Tableau 47: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de 3^{ème} année

Synthèse

En comparant les représentations socioprofessionnelles des étudiants infirmiers, nous voyons qu'elles sont peu différentes selon l'année de promotion. La dimension relationnelle

est première dans les deux strates ; la dimension technique est moyennement corrélée dans les RSP des étudiants de 1^{ère} année ; elle est absente chez les étudiants de 3^{ème} année.

La dimension relationnelle diffère selon son gradient de corrélation : elle est plus corrélée à l'axe chez les ESI de 3^{ème} année (30%) que chez ceux de 1^{ère} année (17%). Les étudiants infirmiers de 3^{ème} année ont des représentations socioprofessionnelles centrées sur la dimension relationnelle, sur la *Communication*, la *Relation* et le *Soin relationnel*. Ceux de 1^{ère} année sur la *Compréhension*, le *Soin relationnel* et l'*Aide* d'une part et la *Compétence* et les *Connaissances* d'autre part.

Concernant l'axe 2, dans les deux groupes, les variables relatives aux contributions positives sont sensiblement les mêmes mais classées dans un ordre différent. La *Technicité* apparaît comme la variable la plus active sur cet axe pour les deux groupes ; la *Dextérité* par contre est classée comme la variable la moins active dans le groupe des ESI de 1^{ère} année.

Les dimensions technique et organisationnelle étant mises en exergue sur cet axe, les variables en lien avec la relation apportent une contribution relative négative.

Année de formation	Axe 1	Axe 2
1 ^{ère} année	<u>Dimension relationnelle</u> : <i>Aide, Compréhension, Soin relationnel</i> <u>Dimension technique</u> : <i>Compétence, Connaissances</i>	<u>Dimension technique</u> : <i>Technicité, Efficacité</i> <u>Dimension organisationnelle</u> : <i>Résistance physique, Hiérarchie</i>
3 ^{ème} année	<u>Dimension relationnelle</u> : <i>Communication, Relation, Soin relationnel</i>	<u>Dimension technique</u> : <i>Technicité, Soin technique</i> <u>Dimension organisationnelle</u> : <i>Hôpital, Résistance physique</i>

Tableau 48 : Tableau comparatif des dimensions principales des RSP selon la strate "Année de formation"

4.3.2.2 Les représentations selon l'IFSI

Ces strates « IFSI d'appartenance » rassemblent les étudiants de 1^{ère} et de 3^{ème} année.

L'IFSI de la Croix-Rouge Française

Le tableau source de l'ACP se situe en Annexe 7, p. 553. Les deux axes contribuent à expliquer 39,42% de l'inertie totale, ce qui est le taux le plus élevé de cette strate.

Contributions de l'axe 1

L'axe 1 explique 30,05% de l'inertie du nuage total. La dimension la plus fortement corrélée est la dimension relationnelle (22%), puis technique (10%).

La dimension relationnelle est composée des variables du *Soin relationnel*, de la relation soignant-soigné et de la *Relation d'aide*.

Dans la dimension technique, la variable *Hygiène*, un des critères fondamentaux des soins, est citée comme contribution relative positive à l'axe 1. Il est à mettre en lien avec celle de la *Compétence*: assurer des soins sans faire de faute d'hygiène, autant dans les soins dits coutumiers, que les soins techniques, est un critère de qualité des soins.

Contributions de l'axe 2

Cet axe contribue à expliquer 9,37% de l'inertie. La dimension technique est la plus fortement corrélée à l'axe 2 (30%), puis la dimension organisationnelle et fonctionnelle (17%) et enfin sociale (5%).

La dimension sociale est représentée par la *Reconnaissance sociale* et non la *Sécurité de l'emploi* comme par exemple précédemment dans les RSP des ESI de 3^{ème} année.

Les variables de la dimension organisationnelle sont en rapport avec le lieu d'exercice et la mission de soin appréhendée sous le prisme de la *Guérison*. Cette variable a la même influence, mais positive, que celle de l'*Accompagnement*.

Dans les contributions relatives négatives, la dimension relationnelle est la plus corrélée (-16%) : elle comporte les variables en rapport avec la relation soignant-soigné et avec la *Relation d'aide*, ainsi qu'avec la variable *Accompagnement*.

Deux variables en lien avec l'éthique professionnelle, dont la variable *Secret professionnel*, sont saturées négativement.

	Axe 1 (+30.05%)	Axe 2 (+9.37%)		
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Soin Relationnel	+4,0%	Technicité	+12,0%
	Aide	+4,0%	Soin Technique	+8,0%
	Connaissances	+4,0%	Hôpital	+8,0%
	Relation Aide	+4,0%	Rés-Physique	+7,0%
	Compréhension	+4,0%	Rec-Sociale	+5,0%
	Ecoute	+3,0%	Efficacité	+4,0%
	Communication	+3,0%	Dextérité	+3,0%
	Hygiène	+3,0%	Règles	+3,0%
	Compétence	+3,0%	Guérison	+2,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Ecoute	-4,0%
			Communication	-3,0%
			Relation	-3,0%
			Accompagnement	-2,0%
			Relation Aide	-2,0%
			Observation	-1,0%
			Sec-Professionnel	-1,0%
			Tolérance	-1,0%
			Soin Relationnel	-1,0%

Tableau 49 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de CRF

(α de Cronbach = 0,93)

Coefficients de corrélation entre les variables

L'examen des coefficients de corrélation (Annexe 7, p.554) montre des corrélations fortes entre les variables en lien avec la relation, relation soignant-soigné, relation d'aide ou soin relationnel.

IFSI CRF	
Coefficient de corrélation	Variabes des RSP
0,70	Écoute / Communication
0,70	Équipe / Relation d'aide
0,68	Aide / Relation d'aide
0,67	Communication / Relation
0,67	Soin relationnel / Aide
0,66	Organisation / Rigueur
0,66	Relation d'aide / Empathie

Tableau 50: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de l'IFSI CRF

L'IFSI de Dax

Le tableau source de l'ACP se situe en Annexe 7, p.555. Les deux axes contribuent à expliquer 29,54% de la variance du nuage total. C'est le plus bas taux d'inertie de cette strate « IFSI d'appartenance ».

Contributions de l'axe 1

Cet axe contribue à expliquer 21, 62% de l'inertie. Les variables les plus corrélées sont *Compréhension*, *Soutien*, *Écoute*, *Communication*, *Relation*, *Soin relationnel* et *Aide*, en lien

avec la dimension relationnelle (25%). Puis suivent les variables *Respect* et *Tolérance* de la dimension de l'éthique professionnelle (7%).

Contributions de l'axe 2

Les contributions relatives à l'axe 2 font apparaître la dimension technique (35%). Les variables sont fortement corrélées à cet axe, en premier lieu la *Technicité* (10%). La dimension organisationnelle (8%) comporte les variables *Hôpital* et *Hiérarchie*, en référence avec le lieu d'exercice et l'organisation fonctionnelle. La dimension sociale est présente par la variable *Sécurité de l'emploi*.

Comme pour l'IFSI de la Croix-Rouge Française, la variable *Accompagnement* est saturée négativement.

La majorité des variables contribuant de manière négative à cet axe sont en projection orthogonale avec la majorité des variables de l'axe 1.

	Axe 1 (+21.62%)		Axe 2 (+8.92%)	
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Compréhension	+5,0%	Technicité	+10,0%
	Soutien	+5,0%	Dextérité	+6,0%
	Respect	+4,0%	Compétence	+5,0%
	Ecoute	+3,0%	Règles	+5,0%
	Tolérance	+3,0%	Efficacité	+5,0%
	Communication	+3,0%	Hiérarchie	+4,0%
	Relation	+3,0%	Soin Technique	+4,0%
	Soin Relationnel	+3,0%	Hôpital	+4,0%
	Aide	+3,0%	Séc-Emploi	+3,0%
	CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Communication
			Relation	-4,0%
			Ecoute	-3,0%
			Soin Relationnel	-3,0%
			Accompagnement	-2,0%
			Relation Aide	-2,0%
			Respect	-2,0%
			Collaboration	-1,0%
			Tolérance	-1,0%

Tableau 51 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de Dax

(α de Cronbach = 0,89)

Coefficients de corrélation entre les variables

Les paires *Organisation/Rigueur* et *Règles/Efficacité* sont moyennement corrélées et sont en lien avec la dimension technique des RSP (Annexe 7, p.556). Les variables *Relation d'aide* et *Empathie* sont corrélées, la seconde étant une attitude du soignant nécessaire à la réalisation de la première.

IFSI de Dax	
Coefficient de corrélation	Variables des RSP
0,64	Communication / Relation
0,60	Organisation / Rigueur
0,58	Relation d'aide / Empathie
0,57	Écoute / Communication
0,57	Relation / Soins relationnels
0,57	Règles / Efficacité
0,55	Respect / Compréhension

Tableau 52: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les variables des RSP des ESI de l'IFSI de Dax

L'IFSI de Bagatelle

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.557. Les deux axes contribuent à expliquer 29,90% de la variance du nuage total.

Contributions de l'axe 1

Les variables contribuant de manière positive à l'axe 1 font nettement référence à la dimension technique (25%) : *Technicité, Soins Techniques, Règles, Efficacité, Compétence et Connaissances*.

Deux variables présentes sur cet axe appartiennent à la dimension relationnelle (9%) : *Aide* (variable la plus saturée : 6%) et *Relation d'aide*. Enfin, la variable *Soins* en lien avec la dimension de l'Éthique professionnelle contribue également à l'axe 1.

Contributions de l'axe 2

L'axe 2 déploie la dimension relationnelle (29%) et fait apparaître comme contribution positive l'*Accompagnement* au contraire des deux précédents IFSI, de Dax et de la Croix-Rouge Française.

Les variables évoquent tous les types de relation : la relation soignant-soigné, la relation d'aide et la relation comme *media* du soin en santé mentale.

Les variables saturées négativement sont en rapport avec la dimension organisationnelle et fonctionnelle (-18%) : *Hiérarchie, Auxiliaire médicale, Guérison* et *Résistance physique* ; et avec quasi le même poids (-19%) la dimension technique.

	Axe 1 (+19.94%)	Axe 2 (+9.96%)		
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Aide	+6,0%	Communication	+6,0%
	Compétence	+5,0%	Ecoute	+5,0%
	Efficacité	+5,0%	Respect	+5,0%
	Connaissances	+4,0%	Soutien	+5,0%
	Technicité	+4,0%	Soin Relationnel	+4,0%
	Règles	+4,0%	Empathie	+4,0%
	Soin Technique	+3,0%	Accompagnement	+3,0%
	Relation Aide	+3,0%	Tolérance	+2,0%
	Soin	+3,0%	Relation Aide	+2,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Hiérarchie	-7,0%
			Technicité	-7,0%
			Aux-Médical	-5,0%
			Soin Technique	-4,0%
			Règles	-4,0%
			Efficacité	-4,0%
			Guérison	-3,0%
			Rés-Physique	-3,0%
			Séc-Emploi	-2,0%

Tableau 53: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de Bagatelle
(α de Cronbach = 0,86)

Coefficients de corrélation entre les variables

L'examen des coefficients de corrélation montre un coefficient relativement moyen en valeur absolue entre les variables de la dimension technique (Annexe 7, p.558).

IFSI Bagatelle	
Coefficient de corrélation	Variabes des RSP
0,66	Règles / Efficacité
0,64	Technicité / Efficacité
0,63	Soin technique / Technicité
0,61	Compétence / Connaissances
0,60	Technicité / Règles
0,57	Compétence / Efficacité
0,55	Adaptation / Communication

Tableau 54: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les variables des RSP des ESI de Bagatelle

L'IFSI de Pellegrin

Le tableau source de l'ACP se situe en Annexe 7, p. 559. Les deux axes contribuent à expliquer 34,49% de la variance du nuage total, deuxième taux de cette strate.

Contributions de l'axe 1

L'axe 1 rassemble en contribution positive des variables en lien avec la dimension relationnelle (23%) et dans une moindre mesure (6%) de la dimension technique (*Compétence* et *Connaissances*). Les variables en rapport avec la dimension relationnelle couvrent les

différents types de la relation : la relation soignant-soigné, la *Relation d'aide* et le *Soin relationnel*.

Contributions de l'axe 2

L'axe 2 déploie une pluralité de dimensions la dimension technique (18%) ; la dimension sociale avec la variable *Sécurité de l'emploi* qui est la variable la plus saturée (9%) ; la dimension organisationnelle (8%) et enfin, la dimension de l'éthique professionnelle (3%) avec la variable *Secret professionnel*.

Les variables saturées négativement sur cet axe sont toutes en rapport avec la dimension relationnelle. La variable *Accompagnement* se situe en contribution négative comme pour les IFSI de Dax et de la Croix-Rouge Française et au contraire de l'IFSI de Bagatelle.

	Axe 1 (+27.89%)		Axe 2 (+6.60%)	
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Aide	+4,0%	Séc-Emploi	+9,0%
	Compréhension	+4,0%	Soin Technique	+6,0%
	Communication	+3,0%	Rés-Physique	+5,0%
	Disponibilité	+3,0%	Technicité	+4,0%
	Relation	+3,0%	Sec-Professionnel	+3,0%
	Soin Relationnel	+3,0%	Hygiène	+3,0%
	Compétence	+3,0%	Efficacité	+3,0%
	Connaissances	+3,0%	Hôpital	+3,0%
	Relation Aide	+3,0%	Dextérité	+2,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Accompagnement	-8,0%
			Relation	-7,0%
			Ecoute	-5,0%
			Observation	-3,0%
			Communication	-3,0%
			Relation Aide	-3,0%
			Empathie	-3,0%
			Soin Relationnel	-2,0%
			Aide	-2,0%

Tableau 55 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de Pellegrin

(α de Cronbach = 0,91)

Coefficient de corrélation entre les variables

L'examen des coefficients de corrélation montre des coefficients de valeur moyenne (Annexe 7, p.560). Les variables les plus corrélées sont *Organisation/Rigueur*. Deux variables de la dimension technique sont associées : *Compétence/Professionnel*. La variable *Secret professionnel* est corrélée avec *Efficacité*.

Pellegrin	
Coefficient de corrélation	Variables des RSP
0,66	Organisation / Rigueur
0,61	Aide / Relation d'aide
0,59	Soin / Respect
0,58	Communication / Aide
0,58	Compétence / Professionnel
0,57	Secret professionnel / Efficacité
0,56	Disponibilité / Aide

Tableau 56: Tableau des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des étudiants de l'IFSI de Pellegrin

Synthèse

L'analyse des RSP selon les IFSI fait apparaître une différence entre l'IFSI Bagatelle et les autres IFSI. Ces derniers placent en dimension générale la dimension relationnelle et l'IFSI de Bagatelle nettement la dimension technique. En outre, ce dernier situe en contribution relative positive la variable *Accompagnement*, au contraire des autres IFSI qui la placent en contribution relative négative.

IFSI	Axe 1	Axe 2
Croix-Rouge Française	<u>Dimension relationnelle</u> : <i>Soin relationnel, Aide, Relation d'aide, Compréhension</i>	<u>Dimension technique</u> : <i>Technicité, Soin technique, Dextérité</i>
Dax	<u>Dimension relationnelle</u> : <i>Compréhension, Soutien, Écoute</i>	<u>Dimension technique</u> <i>Technicité, dextérité, Compétence</i>
Bagatelle	<u>Dimension technique</u> : <i>Compétence, Efficacité, Connaissances, Technicité, Soin Technique</i>	<u>Dimension relationnelle</u> : <i>Communication, Écoute, Accompagnement</i>
Pellegrin	<u>Dimension relationnelle</u> : <i>Aide, Compréhension, Communication, Disponibilité</i>	<u>Dimension technique</u> <i>Soin Technique, Technicité</i>

Tableau 57 : Tableau comparatif des dimensions principales des RSP selon la strate "IFSI d'appartenance"

À l'examen plus précis de la dimension relationnelle, après constatation que la variable *Compréhension* est commune à l'exception de l'IFSI de Bagatelle, nous notons des

nuances : l'IFSI de la Croix-Rouge Française est centré sur le soin relationnel et la relation d'aide ; celui de Dax sur le soutien ; enfin celui de Pellegrin sur l'aide et la communication.

Une autre distinction s'opère par le contenu de la dimension sociale : les ESI de l'IFSI de CRF y associent la reconnaissance sociale ; tous les autres la sécurité de l'emploi.

Les représentations socio-professionnelles diffèrent selon les années de formation et selon l'IFSI d'appartenance. Comment ces diverses appartenances se croisent-elles ? Un étudiant en soins infirmiers de CRF1 est-il d'abord un étudiant de 1^{ère} année ou un étudiant de l'IFSI de la Croix-Rouge Française ?

Nous allons maintenant étudier les RSP selon la promotion d'origine (CRF1, CRF3, D1, D3, B1, B3, P1 et P3) afin de préciser les liens ou écarts entre année de formation et IFSI

4.3.2.3 Les représentations selon la promotion

L'IFSI de la Croix-Rouge Française

Les deux promotions rassemblent les taux les plus élevés d'explication de l'inertie totale des nuages de point des différentes strates.

Les RSP des ESI de CRF1

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.568. Les axes principaux contribuent à expliquer 42,06% de la variance totale du nuage des individus, la contribution la plus importante des huit populations étudiées selon le critère « Promotion d'origine ».

Contributions de l'axe 1

Cet axe contribue à expliquer 33,82% de l'inertie. Le regroupement des variables fait apparaître comme dimension la plus corrélée la dimension relationnelle (18%), en lien avec les variables *Aide*, *Relation d'aide* et *Soutien* ; puis la dimension technique (9%) comportant les variables *Hygiène*, *Compétence* et *Connaissances* ; enfin, la dimension organisationnelle (3%). L'association *Compétence* et *Connaissances* est présente comme dans la strate « Étudiantes ».

Contributions de l'axe 2

Cet axe contribue à expliquer 8,24% de l'inertie totale. Les variables les plus corrélées (6%) sont *Reconnaissance sociale* et *Éducation*.

Les dimensions sont dans l'ordre décroissant, la dimension technique (16%), la dimension organisationnelle (10%), la dimension sociale (6%) et enfin la dimension de l'éthique professionnelle (5%).

En contributions relatives négatives de l'axe 2, les variables de la dimension éthique professionnelle sont les plus actives (-10%), puis celles de la dimension technique (-7%) et enfin celles de la dimension organisationnelle (-3%).

	Axe 1 (+33.82%)	Axe 2 (+8.24%)		
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Aide	+4,0%	Rec-Sociale	+6,0%
	Relation Aide	+4,0%	Education	+6,0%
	Soutien	+4,0%	Dextérité	+5,0%
	Ecoute	+3,0%	Guérison	+5,0%
	Hygiène	+3,0%	Soin Technique	+5,0%
	Soin Relationnel	+3,0%	Tolérance	+5,0%
	Compétence	+3,0%	Adaptation	+5,0%
	Connaissances	+3,0%	Accompagnement	+4,0%
	Organisation	+3,0%	Communication	+3,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Soin	-6,0%
			Hygiène	-4,0%
			Equipe	-2,0%
			Empathie	-2,0%
			Respect	-2,0%
			Professionnel	-2,0%
			Responsabilité	-2,0%
			Organisation	-1,0%
			Rigueur	-1,0%

Tableau 58: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de CRF1
(α de Cronbach = 0,94)

Les RSP des ESI de CRF3

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.580. Les deux axes principaux contribuent à expliquer 41,37% de la variance totale du nuage des individus, ce qui est la deuxième contribution la plus importante des quatre populations étudiées selon le critère de l'IFSI d'appartenance.

Contributions de l'axe 1

Les variables de la dimension relationnelle sont fortement corrélées à l'axe 1 (30%). Dans une moindre mesure, la variable *Tolérance* de la dimension de l'éthique professionnelle (8%). Les variables les plus liées à cet axe sont *Communication*, *Soin relationnel* et *Écoute*.

Contributions de l'axe 2

Les étudiants de 3^{ème} année posent en contribution relative positive de l'axe 2 les variables de la dimension technique, avec la variable *Technicité* fortement corrélée (11%) qui est accompagnée des variables *Soin technique*, *Dextérité*, *Efficacité* et *Règles*. Ces variables font référence à la gestuelle, à l'acte technique lui-même. Non au registre des connaissances et des compétences.

Puis intervient en deuxième contribution (19%) de cet axe la dimension Organisationnelle et fonctionnelle (*Résistance physique, Hôpital et Organisation*). La dimension Sociale est représentée par la variable *Reconnaissance sociale* (6%).

En opposition avec distribution précédente, la variable *Accompagnement* contribue de manière négative (-1%) à cet axe qui comporte uniquement des variables de la dimension relationnelle (*Écoute, Communication, Soin relationnel, Relation d'aide et Empathie*).

	Axe 1 (+29.62%)		Axe 2 (+11.75%)	
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Communication	+5,0%	Technicité	+11,0%
	Soin Relationnel	+5,0%	Soin Technique	+8,0%
	Ecoute	+4,0%	Dextérité	+7,0%
	Observation	+4,0%	Rés-Physique	+7,0%
	Tolérance	+4,0%	Hôpital	+7,0%
	Relation	+4,0%	Rec-Sociale	+6,0%
	Aide	+4,0%	Efficacité	+6,0%
	Relation Aide	+4,0%	Organisation	+5,0%
	Respect	+4,0%	Règles	+4,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Ecoute	-2,0%
			Accompagnement	-1,0%
			Communication	-1,0%
			Soin Relationnel	-1,0%
			Relation Aide	-1,0%
			Empathie	-1,0%

Tableau 59: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de CRF3
(α de Cronbach = 0,91)

Coefficients de corrélation entre les variables (CRF 1 et CRF 3)

Les coefficients sont les plus élevés des strates étudiées selon le critère « Promotion d'origine » (Annexe 7, p.569 et p.581). Les variables fortement corrélées sur le graphe de corrélation se retrouvent comme contribuant activement et positivement à l'axe 1.

CRF1		CRF3	
Coeff. de corrélation	Variabes des RSP	Coeff. de corrélation	Variabes des RSP
0,74	Aide / Relation d'aide	0,82	Écoute / Soin relationnel
0,72	Soin relationnel / Aide	0,77	Écoute / Communication
0,72	Équipe / Relation d'aide	0,77	Communication / Relation
0,72	Relation d'aide / Soutien	0,76	Tolérance / Respect
0,69	Compréhension / Professionnel	0,72	Observation / Relation
0,68	Hygiène / Connaissances	0,72	Communication / Soin relationnel
0,68	Hygiène / Relation d'aide	0,70	Équipe / Relation d'aide

Tableau 60: Tableau comparatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de CRF1 et de CRF3

IFSI de Dax

Les RSP des ESI de D1

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.593. Les RSP des étudiants de la promotion de 1^{ère} année de l'IFSI de Dax se distribuent principalement sur deux axes qui rassemblent des pourcentages de variance moins élevés que précédemment (27,3% au total).

Contributions de l'axe 1

Ce sont les variables de la dimension relationnelle qui sont le plus fortement corrélées (24%), puis celles de la dimension technique (7%) et enfin la *Tolérance* (3%) appartenant à la dimension de l'éthique professionnelle. Les étudiants de 1^{ère} année caractérisent positivement les variables autres que Relation d'aide ou Soin relationnel: ces variables (*Compréhension, Soutien, Altruisme, Écoute, Relation, Aide*) font référence à la relation de soin que tout professionnel instaure avec la personne soignée.

Contributions de l'axe 2

Sur l'axe 2, les variables se distribuent dans le champ des contributions positives de manière binaire : par ordre décroissant, la dimension technique (26%) en premier lieu, puis la dimension organisationnelle (11%). La variable *Guérison* participe de cette dernière dimension avec le lieu d'exercice, la Résistance physique et l'organisation hiérarchique.

La dimension relationnelle est en opposition (-23%). Elle est composée des variables se rapportant à la relation soignant-soigné. *Collaboration* et *Adaptation*, variables de la dimension organisationnelle, sont corrélées négativement à l'axe.

	Axe 1 (+18.51%)		Axe 2 (+8.79%)	
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Compréhension	+6,0%	Technicité	+8,0%
	Soutien	+5,0%	Efficacité	+6,0%
	Altruisme	+4,0%	Règles	+5,0%
	Professionnel	+4,0%	Compétence	+4,0%
	Ecoute	+3,0%	Dextérité	+3,0%
	Tolérance	+3,0%	Hiérarchie	+3,0%
	Relation	+3,0%	Rés-Physique	+3,0%
	Aide	+3,0%	Hôpital	+3,0%
	Connaissances	+3,0%	Guérison	+2,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Communication	-7,0%
			Relation	-7,0%
			Ecoute	-5,0%
			Collaboration	-4,0%
			Education	-3,0%
			Soin Relationnel	-3,0%
			Respect	-3,0%
			Adaptation	-2,0%
			Accompagnement	-1,0%

Tableau 61: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de D1 (α de Cronbach = 0,87)

Les RSP des ESI de D3

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.605. Les deux axes principaux contribuent à expliquer 36,3% de la variance totale du nuage des étudiants.

Contributions de l'axe 1

Ce premier axe regroupe les variables relevant essentiellement de la dimension relationnelle (29%), puis de la dimension organisationnelle (4%) et celle de l'éthique professionnelle (4%).

La dimension organisationnelle comporte la seule variable *Équipe*, citée uniquement ici, dans cette strate D3.

Contributions de l'axe 2

La dimension technique est fortement corrélée à l'axe (45%). La variable *Technicité* est saturée à 12%, taux le plus haut de toutes les strates.

Comme les étudiants de D1, ils citent comme variable contribuant positivement à l'axe 2 *Guérison*.

	Axe 1 (+26.67%)	Axe 2 (+9.83%)		
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Soutien	+5,0%	Technicité	+12,0%
	Accompagnement	+4,0%	Soin Technique	+11,0%
	Communication	+4,0%	Dextérité	+9,0%
	Relation	+4,0%	Compétence	+7,0%
	Soin Relationnel	+4,0%	Connaissances	+6,0%
	Aide	+4,0%	Séc-Emploi	+5,0%
	Equipe	+4,0%	Hôpital	+5,0%
	Relation Aide	+4,0%	Guérison	+3,0%
	Respect	+4,0%	Hiérarchie	+3,0%
	CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Communication
			Respect	-3,0%
			Accompagnement	-2,0%
			Ecoute	-2,0%
			Sec-Professionnel	-1,0%
			Tolérance	-1,0%
			Soin Relationnel	-1,0%
			Soutien	-1,0%

Tableau 62 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de D3

(α de Cronbach = 0,90)

Coefficients de corrélation entre les variables (D 1 et D 3)

Les variables sont globalement moyennement corrélées. L'étude des coefficients indique une corrélation entre variables de la dimension relationnelle pour D3 et celle de la dimension technique pour D1 (Annexe 7, p.594 et p.606).

D1		D3	
Coefficient de corrélation	Variables des RSP	Coefficient de corrélation	Variables des RSP
0,67	Règles / Efficacité	0,79	Soin relationnel / Relation d'aide
0,63	Communication / Relation	0,77	Relation / Soin relationnel
0,59	Organisation / Rigueur	0,75	Communication / SI relationnel
0,59	Relation d'aide / Altruisme	0,73	Relation / Relation d'aide
0,57	Relation d'aide / Soutien	0,70	Communication / Relation
0,55	Écoute / Relation	0,68	Accompagnement / Soutien
0,55	Relation d'aide / Empathie	0,67	Communication / Relation d'aide

Tableau 63: Tableau comparatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de l'IFSI de Dax

IFSI de Bagatelle

Les RSP des ESI de B1

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.617. Les deux axes principaux contribuent à expliquer 27,8 % (taux le plus faible de la strate) de la variance totale du nuage des étudiants.

Contributions de l'axe 1

La contribution de cet axe à l'explication de l'inertie est faible (18,4%). Toutes les dimensions sont présentes ; la plus corrélée à l'axe est la dimension technique (27%), les autres dimensions ont un poids moindre (4 et 5%).

La variable *Auxiliaire médical* apparaît en contribution relative positive sur cet axe, elle est absente des contributions des autres promotions.

Contributions de l'axe 2

La dimension relationnelle (27%) est la plus corrélée à l'axe. Mais c'est la variable *Respect* qui est la plus saturée (12%).

Les contributions négatives, en opposition avec les précédentes, sont en rapport avec la dimension organisationnelle (-16%) et dans une moindre mesure avec les dimensions technique (-6%), relationnelle (-5%) et sociale (-2%).

	Axe 1 (+18.40%)	Axe 2 (+9.40%)		
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Règles	+7,0%	Respect	+12,0%
	Efficacité	+6,0%	Empathie	+9,0%
	Séc-Emploi	+5,0%	Communication	+5,0%
	Compétence	+5,0%	Soin Relationnel	+5,0%
	Aide	+5,0%	Ecoute	+4,0%
	Soin	+5,0%	Tolérance	+4,0%
	Professionnel	+5,0%	Disponibilité	+2,0%
	Technicité	+4,0%	Education	+2,0%
	Aux-Médical	+4,0%	Relation Aide	+2,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Hiérarchie	-7,0%
			Altruisme	-5,0%
			Collaboration	-4,0%
			Guérison	-4,0%
			Dextérité	-3,0%
			Séc-Emploi	-2,0%
			Efficacité	-2,0%
			Soin Technique	-1,0%
			Aux-Médical	-1,0%

Tableau 64: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de B1
(α de Cronbach = 0,86)

Les RSP des ESI de B3

Le tableau source est en Annexe 7, p.629. Les deux axes principaux contribuent à expliquer 35,89% de la variance totale du nuage des étudiants.

Contributions de l'axe 1

La diversité des dimensions est moins exhaustive que pour B1, la dimension sociale est absente. La dimension relationnelle est la plus corrélée (16%), en lien avec la relation soignant-soigné.

La dimension organisationnelle comporte les variables *Adaptation* et *Polyvalence*.

Contributions de l'axe 2

Les dimensions technique et organisationnelle ont le même poids (22%). La variable *Auxiliaire médicale* apparaît cette fois dans l'axe 2 (3%), ainsi que la variable *Guérison* (4%).

La dimension relationnelle est évoquée en contribution relative négative (-22%). Elle se rapporte à la relation soignant-soigné mais aussi à la *Relation d'aide* et au *Soin relationnel*.

	Axe 1 (+24.01%)		Axe 2 (+11.88%)	
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Compétence	+5,0%	Technicité	+9,0%
	Aide	+5,0%	Rés-Physique	+8,0%
	Altruisme	+4,0%	Hiérarchie	+7,0%
	Respect	+4,0%	Règles	+5,0%
	Compréhension	+4,0%	Guérison	+4,0%
	Observation	+3,0%	Soin Technique	+4,0%
	Polyalence	+3,0%	Efficacité	+4,0%
	Tolérance	+3,0%	Séc-Emploi	+3,0%
	Adaptation	+3,0%	Aux-Médical	+3,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Soutien	-6,0%
			Accompagnement	-5,0%
			Communication	-3,0%
			Relation Aide	-3,0%
			Respect	-3,0%
			Soin Relationnel	-2,0%
			Empathie	-2,0%
			Ecoute	-1,0%
			Rec-Sociale	-1,0%

Tableau 65: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de B3
(α de Cronbach = 0,89)

Coefficients de corrélation entre les variables (B 1 et B 3)

Concernant les RSP des étudiants des deux promotions, les coefficients montrent une corrélation entre les variables en lien avec la dimension technique (Annexe7, p.618 et p.630).

B1		B3	
Coefficient de corrélation	Variables des RSP	Coefficient de corrélation	Variables des RSP
0,68	Organisation / Rigueur	0,77	Compétence / Connaissances
0,67	Secret professionnel / Relation d'aide	0,71	Soin technique / Technicité
0,67	Compétence / Aide	0,68	Aide / Compréhension
0,67	Compétence / Efficacité	0,68	Technicité / Règles
0,66	Règles / Efficacité	0,67	Technicité / Efficacité
0,66	Collaboration / Hiérarchie	0,65	Règles / Efficacité
0,64	Dextérité / Soin technique	0,64	Aide / Empathie

Tableau 66: Tableau comparatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de l'IFSI de Bagatelle

IFSI de Pellegrin

Les RSP des ESI de P1

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p. 642. Les deux axes principaux contribuent à expliquer 36,77% de la variance totale du nuage des étudiants.

Contributions à l'axe 1

Les variables les plus corrélées à cet axe sont en lien avec la dimension relationnelle (22%) ; puis avec la dimension de l'éthique professionnelle (9%) et enfin avec la dimension technique (3%). La variable la plus saturée est le *Respect* (5%). Une des moins saturées est *Éducation* (3%). La dimension relationnelle est en lien avec la relation soignant-soigné et avec le *Soin relationnel* dans le champ de la santé mentale.

Contributions à l'axe 2

Les variables *Responsabilité* et *Tolérance* sont très saturées sur cet axe (17%) : la dimension de l'éthique professionnelle est celle qui est la plus corrélée à l'axe. Vient ensuite la dimension organisationnelle (16%), avec la variable *Adaptation* la plus corrélée ; enfin la dimension sociale (6%) et technique (5%). La dimension organisationnelle comporte les modalités du travail d'équipe (*Adaptation* et *Organisation*) et l'organisation fonctionnelle d'une structure hospitalière (*Hiérarchie*).

L'opposition dans ce cas ne s'opère pas entre les dimensions relationnelle et technique, mais entre la dimension relationnelle et les dimensions organisationnelle et de l'éthique professionnelle.

	Axe 1 (+29,23%)		Axe 2 (+7,54%)	
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Respect	+5,0%	Responsabilité	+11,0%
	Soin Relationnel	+4,0%	Adaptation	+7,0%
	Aide	+4,0%	Tolérance	+6,0%
	Soin	+4,0%	Séc-Emploi	+6,0%
	Compréhension	+4,0%	Organisation	+5,0%
	Soutien	+4,0%	Hiérarchie	+4,0%
	Communication	+3,0%	Soutien	+4,0%
	Disponibilité	+3,0%	Dextérité	+3,0%
	Education	+3,0%	Compétence	+2,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Ecoute	-8,0%
			Soin Relationnel	-5,0%
			Observation	-4,0%
			Empathie	-3,0%
			Altruisme	-3,0%
			Relation	-2,0%
			Relation Aide	-2,0%
			Communication	-1,0%
			Education	-1,0%

Tableau 67: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de P1 (α de Cronbach = 0,92)

Les RSP des ESI de P3

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.655. Les deux axes principaux contribuent à expliquer 37,24% de la variance totale du nuage des étudiants.

Contributions à l'axe 1

Cet axe contribue à expliquer 28,32% de l'inertie totale. La dimension la plus corrélée est la dimension relationnelle (17%), suivie de la dimension technique (11%) et enfin la dimension organisationnelle (4% °).

La dimension technique comporte la variable *Compétence* associée à *Rigueur* et *Hygiène*.

Contributions à l'axe 2

Cet axe contribue à expliquer 8,92% de l'inertie totale.

La dimension la plus corrélée est la dimension organisationnelle (14%) : les variables évoquées sont *Résistance physique*, le lieu d'exercice, l'organisation hiérarchique mais aussi la polyvalence.

La dimension technique est la deuxième dimension (9%) corrélée : la variable *Soin technique* est la variable la plus saturée de l'axe (6%) mais la variable *Technicité* est absente.

Les variables de la dimension relationnelle apparaissent en contribution négative (-37%) ainsi que la variable *Tolérance* (-5%) de la dimension de l'éthique professionnelle.

	Axe 1 (+28,32%)		Axe 2 (+8,92%)	
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Aide	+5,0%	Soin Technique	+6,0%
	Compétence	+4,0%	Séc-Emploi	+6,0%
	Organisation	+4,0%	Rés-Physique	+5,0%
	Rigueur	+4,0%	Hiérarchie	+4,0%
	Disponibilité	+3,0%	Soin	+3,0%
	Hygiène	+3,0%	Hôpital	+3,0%
	Soin Relationnel	+3,0%	Polyvalence	+2,0%
	Relation Aide	+3,0%	Hygiène	+2,0%
	Altruisme	+3,0%	Dextérité	+1,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Accompagnement	-12,0%
			Communication	-6,0%
			Tolérance	-5,0%
			Soutien	-5,0%
			Empathie	-4,0%
			Ecoute	-3,0%
			Relation	-3,0%
			Soin Relationnel	-2,0%
			Relation Aide	-2,0%

Tableau 68 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de P3 (α de Cronbach = 0,91)

Coefficients de corrélation entre les variables des (P 1 et P 3)

Pour les RSP des étudiants de P1, l'étude des coefficients de corrélation montre une forte corrélation entre la variable *Responsabilité* et *Soin* ou *Soutien* ou *Adaptation*, corrélation repérée dans la dimension de groupe (axe 2) de la promotion P1. Quant à la promotion P3, les corrélations concernent essentiellement les variables de la dimension relationnelle.

Les graphes des corrélations sont en Annexe 7, p.643 et p.656.

P1		P3	
Coefficient de corrélation	Variables des RSP	Coefficient de corrélation	Variables des RSP
0,73	Soin / Responsabilité	0,76	Relation d'aide / Empathie
0,73	Respect / Compréhension	0,69	Tolérance / Communication
0,71	Responsabilité / Soutien	0,66	Communication / Relation
0,69	Adaptation / Responsabilité	0,65	Dextérité / Soin
0,69	Soin / Compréhension	0,64	Communication / Soin
0,68	Communication / Soin	0,64	Communication / Aide
0,67	Organisation / Rigueur	0,63	Accompagnement / Empathie

Tableau 69: Tableau comparatif des corrélations entre les variables des RSP des ESI de l'IFSI de Pellegrin

Synthèse

L'analyse des RSP selon les promotions fait apparaître des différences autant concernant les dimensions générales des représentations.

La promotion de Bagatelle 1^{ère} année est la seule à placer la dimension technique en dimension générale, toutes les autres promotions situant dans la dimension commune la dimension relationnelle : il y a inversion entre les deux dimensions. Cette promotion est en outre la seule à déployer les cinq dimensions (technique, relationnelle, organisationnelle, de l'éthique professionnelle et sociale) sur l'axe 1 certes avec des pondérations différentes.

En dimension de groupe, la promotion de Bagatelle 3^{ème} année situe sur le même plan les dimensions technique et organisationnelle. Cette promotion place sur l'axe 1 des variables liées à quatre dimensions : la dimension sociale est absente de cet axe.

Les deux promotions de Pellegrin ne placent jamais la dimension technique en plus forte corrélation, que ce soit en dimension générale ou de groupe. La promotion de Pellegrin 1^{ère} place en dimension de groupe la dimension de l'éthique professionnelle avec la variable *Responsabilité* fortement corrélée.

La promotion de Pellegrin 3^{ème} privilégie la dimension organisationnelle en dimension de groupe.

Promotions	Axe 1	Axe 2
CRF1	<u>Dimension relationnelle</u> <i>Aide, Relation d'aide, Soutien</i>	<u>Dimension technique</u> <i>Éducation, Dextérité, Soin technique</i>
CRF3	<u>Dimension relationnelle</u> <i>Communication, Soin relationnel, Écoute</i>	<u>Dimension technique</u> <i>Technicité, Soin technique, Dextérité</i>
D1	<u>Dimension relationnelle</u> <i>Compréhension, Soutien, Altruisme</i>	<u>Dimension technique</u> <i>Technicité, Efficacité, Règles</i>
D3	<u>Dimension relationnelle</u> <i>Soutien, Accompagnement, Communication</i>	<u>Dimension technique</u> <i>Technicité, Soin technique, Dextérité</i>
B1	<u>Dimension technique</u> <i>Règles, efficacité, Compétence</i>	<u>Dimension relationnelle</u> <i>Empathie, Communication, Soin relationnel</i>
B3	<u>Dimension relationnelle</u> <i>Aide, Altruisme, Compréhension</i>	<u>Dimension technique</u> <i>Technicité, Règles, Soin technique</i> <u>Dimension organisationnelle :</u> <i>Résistance physique, Hiérarchie, Guérison</i>
P1	<u>Dimension relationnelle</u> <i>Soin relationnel, Aide, Compréhension</i>	<u>Éthique professionnelle</u> <i>Responsabilité, Tolérance</i>
P3	<u>Dimension relationnelle</u> <i>Aide, Disponibilité, Soin relationnel</i>	<u>Dimension organisationnelle</u> <i>Résistance physique, Hiérarchie, Hôpital</i>

Tableau 70 : Tableau comparatif des dimensions principales des RSP selon la strate "Promotion d'origine"

4.3.2.4 Les représentations selon le genre

Les RSP des étudiantes

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.660. Les deux axes contribuent à expliquer 31,2% de la variance totale du nuage des personnes.

Contributions à l'axe 1

Cet axe explique 23,52% de l'inertie. Les variables les plus fortement corrélées (4%) à l'axe sont *Aide*, *Respect* et *Compréhension*. Les autres variables sont sensiblement moins actives (3%). Le regroupement et la classification des variables peuvent s'effectuer de la manière suivante : la dimension la plus corrélée à l'axe est la dimension relationnelle (17%), puis la dimension technique (6%), la dimension de l'éthique professionnelle (4%) et enfin la dimension organisationnelle (3%). Les variables corrélées à l'axe 1 font référence à toutes les dimensions sauf à la dimension sociale.

La dimension relationnelle se réfère à la relation soignant-soigné et au *Soin relationnel* dans le champ de la santé mentale. La dimension technique souligne la *Compétence* et les éléments théoriques qui lui sont associés : les *Connaissances*. Elle dépasse l'application des critères des soins ou la maîtrise de leur gestuelle.

La dimension organisationnelle est représentée par la variable *Organisation*.

Contributions à l'axe 2

Expliquant 7,68% de l'inertie totale, cet axe est fortement corrélé positivement à la dimension technique (29%). Les variables *Technicité* (10%) et *Soin technique* contribuent activement à cette dimension (18%) ; les autres variables qui y contribuent sont *Règles*, *Efficacité* et *Dextérité*, en lien avec la gestuelle et le respect des règles et des critères des soins.

La dimension organisationnelle est la seconde dimension corrélée positivement à l'axe 2 (12%) : les variables sont en lien avec la charge physique du travail et avec l'exercice hospitalier avec sa logique fonctionnelle (*Hiérarchie*) ; la variable *Guérison* est la moins active (2%) mais rappelle une des missions princeps de la profession (Art. R4311-2 du CSP, Annexe 1, p.303, 313).

Les contributions relatives négatives de l'axe 2 sont apportées en premier lieu par les variables de la dimension relationnelle (-24%) : autant les variables de la relation soignant-soigné que celles de la *Relation d'aide* ou du *Soin relationnel*. Viennent ensuite la dimension de l'éthique professionnelle (*Respect* et *Tolérance*) et la dimension organisationnelle avec la variable *Adaptation* (-2%).

	Axe 1 (+23.52%)		Axe 2 (+7.68%)	
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Aide	+4,0%	Technicité	+10,0%
	Respect	+4,0%	Soin Technique	+8,0%
	Compréhension	+4,0%	Rés-Physique	+4,0%
	Communication	+3,0%	Règles	+4,0%
	Relation	+3,0%	Efficacité	+4,0%
	Soin Relationnel	+3,0%	Dextérité	+3,0%
	Compétence	+3,0%	Hiérarchie	+3,0%
	Connaissances	+3,0%	Hôpital	+3,0%
	Organisation	+3,0%	Guérison	+2,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Communication	-6,0%
			Ecoute	-5,0%
			Accompagnement	-4,0%
			Relation	-4,0%
			Soin Relationnel	-3,0%
			Relation Aide	-2,0%
			Respect	-2,0%
			Tolérance	-1,0%
			Adaptation	-1,0%

Tableau 71: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de genre féminin
(α de Cronbach = 0,90)

Coefficients de corrélation entre les variables

À la différence de leurs pairs masculins, les étudiantes mettent en avant l'organisation et la rigueur. L'examen de la matrice de corrélation et du graphe (Annexe 7, p.661) qui en est issu fait apparaître la corrélation moyenne entre ces deux variables.

Étudiantes	
Coefficient de corrélation	Variabes des RSP
0,61	Organisation / Rigueur
0,57	Communication / Relation
0,56	Soin technique / Technicité
0,54	Relation d'aide / Empathie
0,54	Règles / Efficacité
0,53	Écoute / Communication
0,53	Aide / Relation d'aide

Tableau 72: Tableau des plus fortes corrélations entre les variables des RSP des étudiantes des IFSI

Les RSP des étudiants

Le tableau source de l'ACP est en Annexe 7, p.662. Les deux principaux axes contribuent à expliquer 41,53 % de la variance ; d'autre part les coefficients de corrélation sont plus élevés que dans la matrice de corrélation des RSP des étudiantes.

Contributions à l'axe 1

Les dimensions sur l'axe 1 sont moins dispersées que dans le groupe des étudiantes. Cet axe est fortement corrélé à la dimension relationnelle (28%) et peu à la dimension technique (8%). Les variables de la dimension relationnelle sont en lien avec la relation soignant-soigné ainsi qu'avec la *Relation d'aide* et le *Soin relationnel*.

Vient ensuite la dimension technique avec les variables *Compétence* et *Professionnel*. L'association est différente de celle des étudiantes (*Compétence/Connaissances*).

Les deux variables les plus fortement corrélées (*Compétences/Professionnel*) sont liées à l'axe 1, les axes expliquant un fort pourcentage de la dispersion.

Contributions à l'axe 2

Cet axe contribue à expliquer 12,66% de la variance. Il est fortement corrélé aux variables *Technicité* (10%) et *Efficacité* (10%).

La dimension technique est la plus corrélée de manière positive à cet axe (30%) puis vient la dimension organisationnelle (20%), suivie de la dimension sociale (5%) représentée par la seule variable *Sécurité de l'emploi*. La dimension technique regroupe les mêmes variables que pour la strate des étudiantes, sauf *Soin technique*. La *Technicité* a le même poids dans les deux strates ; par contre, les autres variables n'ont pas le même poids : *Efficacité*, *Dextérité* et *Règles* participent plus activement à cette dimension dans la strate des étudiants que dans la strate des étudiantes. La dimension organisationnelle est en lien avec l'exercice hospitalier et l'organisation. À l'instar des étudiantes, les étudiants placent la *Résistance physique* nécessaire à l'exercice de la profession dans les contributions relatives positives.

Les contributions relatives négatives de l'axe 2 sont apportées en premier lieu par les variables de la dimension relationnelle (-12%) : autant les variables de la relation soignant-soigné que celles de la *Relation d'aide* ou du *Soin relationnel*. Vient ensuite la dimension de l'éthique professionnelle (*Respect* et *Vocation*).

	Axe 1 (+28.87%)		Axe 2 (+12.66%)	
CONTRIBUTIONS POSITIVES	Compréhension	+5,0%	Technicité	+10,0%
	Ecoute	+4,0%	Efficacité	+10,0%
	Communication	+4,0%	Hôpital	+7,0%
	Soin Relationnel	+4,0%	Dextérité	+5,0%
	Compétence	+4,0%	Hiérarchie	+5,0%
	Aide	+4,0%	Séc-Emploi	+5,0%
	Relation Aide	+4,0%	Règles	+5,0%
	Professionnel	+4,0%	Organisation	+4,0%
	Observation	+3,0%	Rés-Physique	+4,0%
CONTRIBUTIONS NEGATIVES			Accompagnement	-2,0%
			Ecoute	-2,0%
			Communication	-2,0%
			Relation	-2,0%
			Empathie	-2,0%
			Soin Relationnel	-1,0%
			Relation Aide	-1,0%
			Respect	-1,0%
			Vocation	-1,0%

Tableau 73: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de genre masculin
(α de Cronbach = 0,90)

Coefficients de corrélation entre les variables

Les coefficients de corrélation sont tous supérieurs au plus haut coefficient de la strate des étudiantes (Annexe 7, p.663). Les variables *Compétence* et *Professionnel* sont les plus fortement corrélées et apparaissent dans la dimension générale ds RSP des étudiants.

Étudiants	
Coefficient de corrélation	Variabes des RSP
0,81	Compétence / Professionnel
0,79	Règles / Efficacité
0,77	Relationnel / Empathie
0,75	Technicité / Efficacité
0,73	Écoute / Communication
0,73	Écoute / Relation
0,72	Responsabilité / Compréhension

Tableau 74: Tableau des plus fortes corrélations entre les variables des RSP des étudiants des IFSI

4.3.4.3 Synthèse des RSP selon le genre

Genre des étudiants	Axe 1	Axe 2
Féminin	<u>Dimension relationnelle</u> : <i>Aide, Compréhension, Communication</i>	<u>Dimension technique</u> : <i>Technicité, Soin technique</i>
Masculin	<u>Dimension relationnelle</u> : <i>Compréhension, Écoute, Communication</i>	<u>Dimension technique</u> : <i>Technicité, Efficacité</i>

Tableau 75 : Tableau de synthèse des dimensions principales des RSP selon le genre

4.3.2.5 Discussion des résultats

Les RSP selon l'année de formation

L'analyse des résultats se base sur l'étude des contributions relatives les plus importantes permettant d'expliquer le plus fort pourcentage de la variance du nuage des étudiants.

Les RSP des étudiants de 1^{ère} et de 3^{ème} année sont centrées sur la dimension relationnelle de l'exercice infirmier. Celles des étudiants de 3^{ème} année sont unidimensionnelles, relationnelles. Les étudiants de 1^{ère} année présentent des RSP bidimensionnelles : une complémentarité entre dimension relationnelle et technique.

La présence de cette dimension technique présente dans la dimension générale des étudiants de 1^{ère} année interroge. Tous les étudiants de 1^{ère} année lors de la passation du questionnaire avaient effectué au moins un stage. Les deux échantillons, 1^{ère} et 3^{ème} année, diffèrent fondamentalement par leur programme de formation. Le Référentiel de formation de 2009 (Annexe 2, p.351) a augmenté le nombre d'heures de stages, tout en augmentant leur durée. De cinq stages par an dans le programme de 1992, les étudiants désormais bénéficient de deux stages, plus longs. Les stages longs de dix semaines sont parfois divisés pour pouvoir varier les expériences disciplinaires et les situations de soins avec un malade singulier. La formation initiale professionnelle rejette « l'apprentissage sur le tas » et au contraire place les étudiants dans les situations quasi professionnelles que sont les stages afin qu'ils développent leurs compétences (Beckers, 2007, p. 132).

Ainsi, les étudiants ont à saisir les opportunités offertes par les terrains de stages pour acquérir de nouvelles connaissances, développer leurs compétences et améliorer leur maîtrise des soins et ce dès leur premier stage. Les équipes des services leur demandent d'être acteurs et de s'impliquer dans cette démarche.

Concernant les étudiants de 3^{ème} année, nous ne retrouvons pas de façon prégnante la dimension organisationnelle. Même s'ils priorisaient l'organisation d'un secteur de soins dans leur réponse sur les apprentissages qu'ils souhaitaient approfondir d'ici les épreuves du diplôme d'état.

Les résultats montrent une différence entre les RSP des étudiants de 1^{ère} année et ceux de 3^{ème} année et vont dans le sens de la confirmation de notre hypothèse : les représentations socio professionnelles du métier sont différentes selon l'année de formation. La différence entre ces deux types de représentations socioprofessionnelles était attendue au vu de la

littérature. Mais, il existe également des nuances dans les représentations socioprofessionnelles en fonction de l'IFSI d'appartenance et de la promotion d'origine.

Les RSP selon les IFSI d'appartenance

Les ESI de la Croix-Rouge Française sont les seuls à énoncer la variable *Reconnaissance* sociale en contribution positive, sur l'axe 2. D'autre part, les étudiants énoncent la variable Guérison en dimension de groupe. Cela peut dénoter une certaine vision « naïve » de la profession. Les étudiants encore profanes n'appréhendent pas encore leur rôle dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, ne conçoivent pas encore que « soigner » n'est pas « guérir ». Mais une autre lecture peut en être faite : la mission première de l'infirmière est bien d'aider le malade à guérir (Annexe 1, p.301).

Les ESI de l'IFSI de Dax comme ceux de l'IFSI CRF placent la variable *Accompagnement* en contribution relative négative de l'axe 2.

Les ESI de l'IFSI Bagatelle se démarquent en mettant en avant comme dimension générale la dimension technique. Nous reviendrons sur cette donnée dans le chapitre suivant.

Les RSP selon la promotion

Nous nous attacherons à expliquer ce qui dans les RSP se démarque, tranche, se distingue et se différencie. De prime abord, les RSP selon les promotions d'origine sont globalement semblables à deux exceptions :

- les ESI de B1 ont placé en dimension générale (axe 1) la dimension technique ; cette classification est identique à celle de l'IFSI Bagatelle (ESI de 1^{ère} et de 3^{ème} années confondus) ;
- les ESI de P1 ont placé en dimension de groupe (axe 2) la dimension de l'éthique professionnelle.

Les ESI de l'IFSI de Bagatelle, dès la première année, ont des RSP « préprofessionnelles » conformes à ce qu'ils imaginaient, à l'idéal professionnel et à la réglementation, la nature des soins infirmiers tels que le Code de la santé publique (Annexe 2, p.294) alliant « qualité technique et relationnelle ». Les étudiants de B1 déploient en dimension générale toutes les dimensions ; ceux de B3 seulement quatre (la dimension sociale est absente).

Composante de la dimension organisationnelle, les étudiants des deux promotions de Bagatelle place la variable *Auxiliaire médicale* soit en dimension générale (B1) soit en dimension de groupe (B3). Cette variable fait référence à une dépendance, somme toute

réglementaire, et évoque le rôle infirmier en lien avec le rôle médical prescrit, assez éloigné du rôle autonome et spécifique de l'infirmière.

Les étudiants de toutes les promotions évoquent la dimension sociale des RSP. Dans cette dimension, les étudiants des deux promotions de la Croix-Rouge Française sont les seuls à évoquer la reconnaissance sociale. Cette variable a le même poids dans les deux promotions (6%) ; c'est la variable la plus saturée pour CRF 1. Elle est cohérente avec les RSP d'IFSI (cf chapitre précédent).

Les étudiants de l'IFSI Pellegrin sont les seuls à ne pas évoquer la variable technicité, la dimension technique n'est pas prégnante ni liée significativement aux axes. La dimension de groupe de P 1 fait apparaître la dimension de l'éthique professionnelle. Les valeurs prônées par leur institut et avec lesquelles ils sont majoritairement d'accord sont le respect et la rigueur. Être en mesure de répondre des actes que l'on a réalisés, du respect des procédures et des prescriptions médicales, ainsi que des bonnes pratiques conformes aux critères des soins, *in fine* faire preuve de rigueur dans sa pratique des soins est la première étape de la responsabilité professionnelle.

La nature éducative des soins infirmiers apparaît ainsi dans les représentations socioprofessionnelles en début de formation, elle est absente des représentations des étudiants en fin de formation.

Les RSP selon le genre

Les RSP des deux groupes s'étayent sur la même dimension relationnelle, globalement regroupant les mêmes principales variables : *Compréhension, Écoute, Communication* pour les RSP des étudiantes et *Aide, Compréhension et Communication* pour celles des étudiants. Mais dans la strate des étudiants la dimension est moins « diluée », la distinction est plus franche.

D'autre part, les étudiantes insèrent dans la dimension générale la compétence liée aux connaissances alors que les étudiants insèrent la compétence avec la variable *Professionnel*. Quelles significations peuvent prendre ces associations différentes ? De plus, les variables d'organisation et de rigueur sont plus corrélés que pour leurs collègues masculins.

Pour les étudiants, la compétence leur permet-elle de se tourner vers les autres, les autres les reconnaissant comme un professionnel ? Alors que les étudiantes sont plutôt

tournées vers elles-mêmes et la nécessité d'avoir des connaissances pour pouvoir agir avec compétence ?

Les RSP des étudiantes sont différentes de celles des étudiants.

Nous n'avons pas introduits cette caractéristique du genre dans notre hypothèse.

En conclusion, les représentations socio-professionnelles sont différentes selon l'année de formation (1^{ère} et 3^{ème} année), selon l'IFSI d'appartenance (CRF, Dax, Bagatelle ou Pellegrin), selon la promotion (CRF1, CRF3, D1, D3, B1, B3, P1et P3) et enfin, selon le genre.

4.4 Une mise en perspectives

Un problème délicat à ce jour non résolu (Dubar, 1998, p.82) réside dans la difficulté à mettre en relation des analyses objectives de mouvements identitaires saisis au niveau « macro » des statistiques et des trajectoires subjectives d'individus, des formes biographiques appréhendées au niveau « micro » que Dubar nomme « formes identitaires ». Nous ne parlerons donc pas de corrélation ni de causalité bien sûr mais plutôt de coprésence.

Du point de vue de la méthodologie mise en œuvre et de la procédure de choix des IFSI suscite des questionnements. Suite à l'enquête exploratoire et au test des entretiens nous avons inclus dans notre procédure d'enquête l'IFSI de Bagatelle car il apparaissait en contrepoint dans les discours des ESI. Il semblait être non pas un groupe de référence dans les sens où les ESI n'exprimaient pas le souhait d'être un de ses membres, mais plutôt un point de référence à partir duquel les ESI exprimaient leurs positionnements. L'IFSI Charles-Perrens n'avait jamais été évoqué. Lors de l'enquête par contre, il est évoqué comme l'archétype de l'institut structurant, accompagnant, bienveillant, soutenant encore aujourd'hui une spécificité de la formation de type psychiatrique. Le programme de formation de 1992 aurait dû estomper cet écart, sans gommer cette spécificité.

Nous nous attacherons à mettre en perspectives les résultats de deux IFSI en particulier, l'IFSI Bagatelle et celui de la Croix-Rouge Française qui paraissent se situer aux deux pôles d'un *continuum*. Les étudiants de ces instituts partagent une histoire commune qui commence dès le choix des IFSI : leurs choix sont croisés, les étudiants de l'IFSI Bagatelle présentant préférentiellement le concours de l'IFSI de la Croix-Rouge Française et les étudiants de l'IFSI CRF le concours de l'IFSI Bagatelle.

Les ESI de la Croix-Rouge Française activent dans les composantes principales de leurs RSP la dimension sociale en termes de reconnaissance sociale, *a contrario* de tous les autres ESI qui font référence à la sécurité de l'emploi. Nous rapprochons cette donnée de celles recueillies lors des entretiens. Les groupes de cet IFSI nous sont apparus comme des groupes dont les membres étaient juxtaposés, avec peu de cohésion, se plaignant d'un manque d'accompagnement de la part de l'équipe des formateurs. Ces étudiants auraient-ils projeté dans leur représentation du métier ce qu'ils ressentent pour eux-mêmes dans leur institut de formation ?

Moliner (1996) rappelle que dans les groupes structurels, l'enjeu est social, au contraire des groupes conjoncturels (existant du fait d'un événement) pour qui l'enjeu est la cohésion sociale. Cette perspective est repérable dans le discours des ESI de la CRF. Cette demande de reconnaissance sociale, de la reconnaissance par autrui, s'inscrit dans le processus décrit par Dubar (2000) de transaction identitaire pour autrui.

Nous avons repéré une recherche d'une identité sociale positive, ces étudiants mettant en avant une caractéristique nouvelle « la débrouillardise » ou une caractéristique qui leur est spécifique, l'humanitaire (Baugnet, 2001).

Reconnaissance souhaitée et parfois refusée : leur spécificité, leur territoire, le terrain de l'humanitaire, leur marque « sociale » leur est parfois refusée. Les ESI de l'IFSI Bagatelle sont les seuls à ne jamais prononcer le mot « humanitaire » dans leurs propos, ce qui peut paraître comme un stéréotype.

La question sur les valeurs portées par l'IFSI amène une nouvelle fois ces étudiants à se démarquer. Alors que les autres étudiants énoncent des valeurs qui sont plutôt professionnelles et que nous pourrions qualifier d'orthodoxes (*Respect, Rigueur*), les étudiants de l'IFSI de la Croix-Rouge Française énoncent des valeurs différentes (*Humanité, Solidarité*), liées nous semble-t-il à leur institut, à son histoire.

Ils font en outre l'objet de la part des étudiants de l'IFSI Bagatelle d'un défavoritisme privatif (Gilibert et Salès-Wuillemin, 2005) qui n'emploient jamais pour parler d'eux du terme humanitaire et utilisent envers eux un mode de catégorisation scalaire portant sur leur formation. Nous pouvons trouver des traces de ce défavoritisme dans l'histoire. Déjà, Hamilton traitait d'« amateurs » les bénévoles de la Croix-Rouge Française ou le Docteur Lande pointait en 1908 leurs insuffisances, faiblesses et incompétences ; mais au début de la Première guerre mondiale, la société française voyait de manière bienveillante le dévouement et l'esprit de sacrifice des bénévoles de la Croix-Rouge Française. (Diebolt et Fouché, 2001,

p.193). Tout se passe comme si une reproduction, une répétition s'opérait : les étudiants de l'IFSI de la Croix-Rouge Française sont toujours l'objet au XXIème siècle d'un jugement défavorable des autres groupes.

Ces étudiants de l'IFSI de la Croix-Rouge Française perçoivent les membres de l'équipe pédagogique d'une manière négative, qu'ils soient absents ou « persécuteurs » au sens qu'en donne Diet : une sorte de mise en abyme de disqualifications en miroir étudiants/formateurs qui entraîne « un vécu persécutif partagé souvent formulé en termes d'infantilisation » (Diet, 2001, p.22).

En faisant émerger une nouvelle caractéristique l'autonomie ou la « débrouillardise », ces ESI cherchent à retrouver une identité sociale positive (Aebischer, Baugnet), et peut-être une meilleure estime de soi ce qui peut ouvrir notre réflexion vers un niveau d'analyse intra individuelle.

Ces étudiants souffrent d'une image dévalorisée d'eux-mêmes, ce qui peut être un frein, un obstacle à la transformation des représentations socio-professionnelles. La piste d'un processus de formation des représentations sociales tenant compte des représentations de soi nous semble intéressante. Notre étude s'est centrée sur les niveaux d'analyses interindividuelle et positionnelle de Doise. Approfondir le niveau d'analyse intra-individuelle ferait appel au concept d'ego-écologie de Zavalloni (1997). Cette approche préciserait non seulement le type de relations que la personne « se formant » instaure avec son environnement et donc l'évolution de ses représentations mais également privilégierait sa subjectivité (Costalat-Founeau, 1995, p.5). Selon cette théorie de l'ego-écologie, « l'identité est une représentation de soi où certes interviennent autrui et l'environnement intériorisés, mais l'interaction entre le sujet et alter est abordée comme non seulement à l'intérieur du sujet mais personnalisée par lui. La vie émotionnelle et affective joue un rôle dynamique dans l'élaboration des représentations ». (Baugnet, 1998, p.42).

Cette ouverture vers la subjectivité des acteurs nous aiderait à accéder aux représentations qu'ils élaborent « en tenant compte de leur sensibilité, de leurs intérêts, de leurs désirs et émotions » (Jodelet, 2008, p.39).

Les étudiants de l'IFSI Bagatelle se caractérisent par leur mode de catégorisation qui est scalaire dès le début de la formation : leurs jugements sur le contenu de la formation (meilleure maîtrise de la DDS, connaissances plus approfondies) ou sur le fonctionnement de l'équipe (aidante malgré l'existence d'un « moule ») en sont les signes. Ils observent un favoritisme endogroupe fort : leur IFSI a une renommée internationale et il forme l'élite de la

profession. Ils se positionnent ainsi à une place de dominants dans le champ. Le mode polaire introduit en 3^{ème} année ne résonne –t-il pas avec un niveau idéologique ? Dans le cadre du processus d’homogénéité, le processus de co-variation dans la discrimination souligne l’appartenance à un groupe de statut supérieur.

Les RSP selon l’IFSI d’appartenance concrétise ce positionnement à l’écart : les étudiants de cet ISFI placent en dimension générale la dimension technique, en se référant à la variable Auxiliaire médicale. Ils se rapprochent ainsi de la dimension non autonome de l’infirmière, de son rôle sur prescription médicale. Énoncer comme élément contribuant à expliquer cette dimension générale la variable Auxiliaire médical pourrait être considéré comme une incongruité voire une régression dans une période où le groupe professionnel cherche à professionnaliser la profession par les savoirs et par la poursuite d’une autonomisation disciplinaire et ainsi à se détacher de la tutelle médicale. Nous pouvons aussi appréhender la présence de cette variable comme l’intégration précoce et totale des différents rôles de l’infirmière. S’il est vrai qu’énoncer une RSP revient à énoncer la place occupée dans un espace social, quelle place comptent-ils occuper ?

Lors des entretiens, les étudiants de 1^{ère} année de cet IFSI nous ont parlé de leurs représentations du métier comme « conformes à ce qui était abordé à l’IFSI », sans faire part d’étonnement ou de surprise comme les autres étudiants. L’étape de la perte de l’innocence initiale de Davis semble absente. Il semblerait que ces étudiants « shuntent » les premières étapes et ne perçoivent pas l’incongruité, l’écart, entre ce qu’ils imaginaient de la profession et le réel de la formation. Nous nous sommes interrogée sur cette « conformité » des propos : est-ce à mettre en lien avec une représentation de l’IFSI à donner à l’extérieur, en l’occurrence à une formatrice d’un autre institut ? Est-ce l’effet du « moule Bagatelle » que les étudiants évoquent d’une manière ambivalente : une aide, un support ou un obstacle irrémédiable si on n’y fonde pas ?

Faire appel à la notion de *thêmata* développée par Moscovici permet d’éclairer la dichotomie repérée dans les représentations socioprofessionnelles, relationnel vs technique. Les *thêmata* sont des conceptions, des images et catégories primitives partagées culturellement, transmises à travers la mémoire et collectées dans des contextes sociaux et historiques. On peut parler aussi d’archétype ou idées-forces. Elles se situent à un niveau plus profond que les idéologies. Les auteurs parlent de la persistance d’un schème ancien, d’une identité sous-jacente fondant les classements hiérarchiques (Moscovici et Vignaux, 1994, p.

49). La constance de la dichotomie entre le registre relationnel et le registre technique pourrait être mise en lien avec ces schèmes anciens.

Le contexte dans lequel émergent les RSP influence leur construction et leur transformation. Par exemple à l'IFSI de Dax, les données recueillies pendant les entretiens ont mis en lumière un certain malaise. Les ESI se plaignaient d'un manque de soutien, d'accompagnement de la part de l'équipe des formateurs. La relation pédagogique n'est pas pleinement investie par les formateurs ou parfois altérée par des comportements perçus comme arbitraires par les étudiants. Peut-être pourrions-nous évoquer ici un effet du contexte dans lequel les représentations sont élaborées. Les étudiants saturaient négativement la variable accompagnement, comme ceux de la Croix-Rouge Française et ceux de Pellegrin.

L'équipe pédagogique fait partie du contexte. Elle peut être perçue comme portant les valeurs de l'institut (IFSI Bagatelle), ou comme militante (IFSI Pellegrin), ou bien encore absente ou « persécutrice » (IFSI de la Croix-Rouge Française et de Dax) ; la posture des formateurs influe sur les interactions qu'ils nouent avec les étudiants.

Le contexte professionnel dans sa globalité a très peu été évoqué. Les étudiants prennent position sur des faits touchant de près le patient mais peu par exemple sur les réformes ou les éléments les plus saillants des réformes, comme la loi HPST. Un seul ESI, de Dax, évoque les pratiques avancées. Le groupe professionnel se faisant est en quelque sorte écartelé entre d'un côté cette poursuite d'une indépendance disciplinaire par la recherche entre autres, et de l'autre côté, le soutien aux pratiques avancées, lesquelles sont tributaires d'une concession médicale tant réglementaire que fonctionnelle.

CONCLUSION

Le choix du thème de ce travail n'est pas anodin : se pencher sur le processus de professionnalisation des étudiants infirmiers conduit aussi à se questionner sur la professionnalisation des formateurs (Wittorski, 2002). Notre fonction de formatrice peut être considérée comme un biais. Au départ de ce travail, nous avons dû rompre de manière épistémologique avec notre posture de formatrice d'étudiants infirmiers et tenir l'écart entre un positionnement scientifique de chercheuse et un positionnement de cadre de santé formatrice. Cette tension fut ravivée lors de la conduite des entretiens semi-directifs où parfois nous nous sentîmes interpellée en tant que formatrice.

Que la formation ait un rôle dans la construction d'une identité professionnelle semble incontesté même s'il est peu probable de trouver une adéquation entre une formation et son impact sur le processus de professionnalisation (Charraud, 2001, p.11)

Les résultats de notre recherche vont dans le sens d'une confirmation partielle de nos hypothèses. Ils montrent que les représentations socioprofessionnelles des étudiants infirmiers sont différentes selon non seulement l'année de formation, l'IFSI d'appartenance mais aussi selon la promotion d'origine et dans une moindre mesure selon le genre. Cette dernière différence n'était pas une de nos hypothèses de recherche.

Cette distinction selon l'année de formation était attendue après recension des différents travaux de Fraysse (2000) et de Bataille (2000). L'étude plus précise que nous avons débutée amène des nuances dans les éléments qui organisent les RSP selon l'IFSI mais surtout selon la promotion d'origine, en croisant en quelques sortes l'année de formation et l'IFSI d'appartenance.

La construction des RSP semble influencée par le contexte socio-professionnel et la force de l'institué n'est pas à négliger. Chaque IFSI forme une infirmière singulière, porteuse de représentations du métier différentes, originales.

L'identité professionnelle se construit également dans les interactions avec les autres groupes du champ et dans la manière que les étudiants catégorisent les autres IFSI. Le mode de catégorisation sociale dépend plus de l'IFSI d'appartenance que de l'année de formation. Ainsi, les étudiants de l'IFSI Bagatelle utilisent ce mode de catégorisation en 1^{ère} ou 3^{ème} année. Ce mode scalaire de catégorisation associé à un processus de co-variation s'accompagne d'une position de dominants dans le champ de la formation. Position revendiquée par les étudiants de l'IFSI Bagatelle et reconnue par ceux des autres IFSI.

La relation entre représentations socioprofessionnelles et mode de catégorisation reste à étudier. Néanmoins, certaines tendances ont pu être repérées. Les étudiants analysés comme dominants catégorisent les autres étudiants selon un mode scalaire tout au long des trois ans de formation, ce qui infirme partiellement notre seconde hypothèse, et d'autre part, évoquent des représentations socioprofessionnelles se référant aux différentes dimensions (technique, relationnelle, organisationnelle, sociale et de l'éthique professionnelle) de l'idéal professionnel.

Les représentations socioprofessionnelles de fin de formation sont différentes selon les IFSI ; les identités professionnelles de ces étudiants en fin de cursus le sont également. Si les formateurs sont convaincus qu'une de leurs missions est d'accompagner les étudiants dans la construction de leur identité professionnelle, ils devraient ne pas être insensibles à l'évolution de leurs représentations socioprofessionnelles et être attentifs aux relations qui s'instaurent entre les étudiants des différents IFSI.

L'intérêt pour l'évolution des représentations socio-professionnelles des étudiants réside entre autres dans la nécessité de créer de nouvelles méthodes face à la demande de ces adultes en formation (Garnier, 2000, p.41).

Parmi leurs fonctions, les représentations ont une fonction identitaire (Abric, 1994a) parce qu'elles fondent le groupe au sein duquel elles sont élaborées. L'IFSI d'appartenance est pour les étudiants un contexte social particulier : ils y entretiennent des relations avec leurs pairs et avec les membres de l'équipe pédagogique. La manière dont ces diverses interactions se déploient aurait-elle une influence sur le type de représentations élaborées dans et par ces interactions ? (Moliner, 1996). Et l'équipe pédagogique fait partie de ce contexte socio-professionnel.

Certains se demandent si utiliser des méthodologies faisant appel aux discours, des méthodes qualitatives pour étudier les RS n'entraînerait pas le risque d'occulter le contexte social et politique dans lequel les RS s'élaborent. Augoustinos et Penny soulignent que le discours est un moyen de connaissances de notre environnement social et devient « une pratique sociale et concrète. Il n'est plus simplement le reflet de la réalité sociale, il est le processus et la technique aux travers desquels les individus et les groupes négocient cette réalité sociale » (Augoustinos et Penny, 2001, 6.1)

Pour éviter d'être perçus comme des « formateurs persécuteurs », quelle posture adopter ? Même s'ils ne sont pas vécus comme « persécuteurs », nous pouvons nous interroger sur la posture de certains formateurs qui dirigeraient plus qu'ils ne guideraient les

étudiants dans la construction de leur identité professionnelle. Et cela est d'autant plus questionnant que cette perception perdure malgré la modification du référentiel de formation et du modèle pédagogique.

Pour les formateurs, une des premières étapes serait de prendre conscience de l'image qu'ils renvoient dans la relation pédagogique ou dans les interactions se déroulant dans le cadre pédagogique. Ils mettraient ainsi en œuvre une démarche réflexive, formulée comme objectif pédagogique dans le référentiel de formation de 2009.

Repérer certaines positions d'acteurs/étudiants comme dominants permet d'identifier le champ que représentent les IFSI (Bourdieu, 1984; Deschamps, 1998). Questionner les logiques des différents acteurs et les relations qu'ils instaurent les uns avec les autres contribuerait à un nouvel éclairage de la construction identitaire des étudiants infirmiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABALLÉA F. (2000). Travail social et intervention sociale : de la catégorisation à l'identité. *Recherches et prévisions*, n°62, p. 71-81.
- ABDELMALEK A-A. et GÉRARD J-L. (1995). *Sciences humaines et soins*. Paris : Inter éditions, 420 p.
- ABRIC J-C (ed). (2003) *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne, 295p.
- ABRIC J-C. (1994a). L'étude expérimentale des représentations sociales. In JODELET, D (ed). *Les représentations sociales*. Paris : PUF, p. 187-203.
- ABRIC J-C (ed). (1994b). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, PUF, 252 p, (Psychologie sociale).
- ACKER F. (2003). Les infirmières : une profession en crise ? In KERVASDOUÉ J de (ed). *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod/ La Mutualité française, p 281-306.
- ADAM E. (1979). *Être infirmière*. Montréal : Ed. H.R.W, 115 p.
- ADAM P. et HERZLICH C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan, 128 p., (Sociologie 128).
- AEBISCHER V. et OBERLÉ D. (1990). *Le groupe en psychologie sociale*. Paris : Dunod, 219 p.
- ARDOUIN T. (2008). D'une ingénierie programmatique à une ingénierie constructive : pour une nouvelle problématisation en formation des adultes. *Note de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches en Sciences de l'éducation*. Université de Rouen, département des sciences de l'éducation.
- ARRUDA A. (2008). Représentations : renouveau en psychologie sociale et réseau brésilien. In A. ARRUDA, *Une approche engagée en psychologie sociale : l'œuvre de Denise Jodelet*. Erès, 2008, p.295-302.
- ASTIER P. (2008). La professionnalisation comme intention, comme processus et comme légitimation. *Savoirs*. n°17, p. 63-69.
- AUGOUSTINOS M. (2001a). Social Categorization : Towards Theoretical Integration. In *Representations of the Social*. Blackwell Publishers, p.201-216.
- AUGOUSTINOS M. et PENNY S.L. (2001b). Defining the Social Context: Reply to Echebarría Echabe. (2001). *Textes sur les représentations sociales*, vol.10, p.6.1-6.3.
- BAILLAUQUÈS S. (2001). Le travail des représentations dans la formation des enseignants. In PAQUAY L. *Former des enseignants professionnels*. Bruxelles : De Boeck, p.41-61.
- BARBIER J-M (1996). De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation. *Éducation Permanente*, n° 128-3, p 11-27.
- BARDIN L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, 291 p (Le Psychologue).
- BARLET M. et CAVILLON M. (2011). La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. DREES : études et résultats, n)759.43
- BAR-TAL D. (2006). Bridging between micro and macro perspectives in social psychology. In VAN LANGE P. *Bridging Social psychology: benefits of transdisciplinary approaches*. Mahwah (USA): Erlbaum, p.341-346.

- BAR-TAL D. (1998). Group beliefs as an expression of social identity. In WORCHEL S. *et al.* *Social identity: international perspectives*. Thousand Oaks: Sage, p. 93-113
- BATAILLE M. (2000). Représentation, implicitation, implication. Des représentations sociales aux représentations professionnelles. In GARNIER C. et ROUQUETTE M-L (eds.). *Représentations sociales et éducation*. Montréal : Éditions nouvelles, p.165-190 (Education).
- BAUGNET L. (2009). Sentiments d'appartenances et représentations. Étude comparative : France, Belgique, Québec. Des identités géopolitiques des jeunes. *Revue du CURAPP* [en ligne], Université de Picardie [consulté le 15 septembre 2012], p111-124. Accès : http://www.upicardie.fr/labo/curapp/revues/root/33/lucy_baugnet2.pdf_4a07eae913c31/lucy_baugnet2.pdf
- BAUGNET L. (2001). *Métamorphoses identitaires*. Bruxelles : PIE-Peter Lang, 245 p.
- BAUGNET L. (1998). *L'identité sociale*. Paris : Dunod, 118 p. (Les Topos).
- BEAUD S. et WEBER F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain - Produire et analyser des données ethnographiques*. Paris : La Découverte, 357 p. (Repères).
- BEAUVOIS J-L, DESCHAMPS J-C et SCHADRON G. (2005). Vers la cognition sociale. In DUBOIS N. (ed.). *Psychologie sociale de la cognition*. Paris : Dunod, p. 3-88.
- BEAUVOIS J-L, DUBOIS N. et DOISE W. (1999). *La construction sociale de la personne*. Grenoble: PUG, 373 p. (La psychologie sociale, T 4.).
- BEAUVOIS J-L, JOULE R-V et MONTEIL J-M (1989). *Perspectives cognitives et conditions sociales- Tome 2 : Représentations et processus sociocognitifs*. Paris : ed. Delval, 333p.
- BECKERS J. (2007). *Compétences et identités professionnelles : l'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Bruxelles : de Boeck, 356 p. (Pédagogies en **développement**).
- BENASAYAG M. (2004). *Le mythe de l'individu*. Paris : La Découverte, 176 p.
- BERGER P. et LUCKMANN T. (1996). *La construction sociale de la réalité*. 2^e éd. Paris : Armand Colin, 288 p.
- BERTHELOT J-M. (2001). *Épistémologie des sciences sociales*. Paris: PUF, 593 p. (Premier cycle).
- BLANCHET A. (1991). *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris : Armand Colin, 173 p. (Psychologie).
- BLANCHET A., GOTMAN A. (2007) *L'enquête et ses méthodes – L'entretien*. 2e éd. Paris : Armand Colin, 126p. (128).
- BLIN J-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : L'Harmattan, 223 p.
- BLONDEAU D. (1999). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. In GOULET O. et DALLAIRE C. (eds). *Soins Infirmiers et société*. Montréal : G. Morin, p. 101-116.
- BONARDI C. et ROUSSIAU N. (2001). *Les représentations sociales : état des lieux et perspectives*. Spirmont, Pierre Mardaga, 250 p.

- BOREL C., FOLLONIER M-C et SCHAUD C. (2011). Soins aux personnes âgées démentes en institution : analyse des représentations des soignants sur leur pratique du toucher. *Recherche en soins infirmiers*, n°106, p.76.
- BORNICHE D. (2012). Entretien avec.... *Soins cadres*, n°82, p.7-9.
- BONNEWITZ P. (2002). *Pierre BOURDIEU, vie, œuvres, concepts*. Paris : Ellipses, 94 p. (Les grands théoriciens).
- BOSSE N. et GUÉGNARD C. (2007). Les représentations des métiers par les jeunes : entre résistances et avancées. Travail, genre et sociétés [en ligne], 2007/2 [consulté le 15 février 2011], p 27-46, n° 18. Accès : <<http://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2007-2-page-27.html>>
- BOURDEAU M. (1994). La notion classique de catégorie. In FRADIN B. et al. (eds.). *L'enquête sur les catégories. De Durkheim à Sacks*. Paris : EHESS, p. 77-104.
- BOURDIEU P. (2002). *La domination masculine*. Paris : Seuil, 177 p. (Points/Essais).
- BOURDIEU P. (1993). *La misère du mode*. Paris : Seuil, 947 p.
- BOURDONCLE R. (1991). La professionnalisation des enseignants: analyses sociologiques anglaises et américaines. *Revue Française de Pédagogie*. n°94, p. 73-92.
- BOURDONCLE R. (1993). La professionnalisation des enseignants: les limites d'un mythe. *Revue Française de Pédagogie*. n°105, p. 83-114.
- BOURDONCLE R. et MATHEY-PIERRE C. (1995). Autour du mot «professionnalité». *Recherche et Formation*. n°19, p. 137-148.
- BOURGEOIS E. (1996). Identité et apprentissage. *Éducation Permanente*, n° 128-3, p. 27-37.
- BOURRET P. (2004). La professionnalisation des cadres de santé. In HÉBRARD, Pierre (ed). *Formation et professionnalisation des travailleurs sociaux, formateurs et cadres de santé*. Paris: L'Harmattan, p.179-196 (Le travail du social).
- BOUVERET A. et al. (2012). Au cœur de la réforme des études en soins infirmiers : enquête auprès des enseignants formateurs en IFSI. *Recherche en soins infirmiers*. n°108, p.95-105.
- BRICHAMBAULT de M-E. (2012). La formation tout au long de la vie. *Spécial formation infirmière et cadres de santé*. p 5-9.
- BRISARD E. et MALET R. (2004). Évolution du professionnalisme enseignant et contextes culturels. Le cas du second degré en Angleterre, Ecosse et France. *Recherche et Formation*, 45, p.131-149.
- CARRICABURU D. et MÉNORET M. (2004). *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin, 235 p. (U Sociologie).
- CATANAS M. (2009). Être infirmier au XIXe siècle. *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, vol 9, n°135, p 48-57.
- CHAMPY-REMOUSSENARD P. (2008). Incontournable professionnalisation. *Savoirs*, n° 17, p.51-61.
- CHARRAUD A-M (2011). Le rôle de la certification dans les processus de professionnalisation. *Éducation permanente*, n°188, p. 22.
- CHAUVIGNÉ C. (2010). Les référentiels en formation. *Recherche et Formation*, n°64, p.77-90.

- CHAUVIGNÉ C. et COULET J-C. (2010). L'approche par compétences : un nouveau paradigme pour la pédagogie universitaire ? *Revue Française de Pédagogie*, n°172, p. 15-28.
- CIFALI M. (1994). *Le lien éducatif : contrejour psychanalytique*. Paris : PUF, 297 p. (Éducation et formation).
- CLÉMENCE A. (2005). Sens et analyse des différences dans les représentations sociales. In ABRIC J-C. (ed.). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse : érès, p.165-178.
- CLÉMENCE A. (2002). Catégorisation sociale et représentation sociale : commentaires sur le texte de Lacassagne, Salès-Wuillemin, Castel et Jébrane. *Textes sur les représentations sociales*, Vol. 11, p.2.1-2.4.
- CLENET J. (1998). *Représentations, formations et alternance: être formé et/ou se former?* Paris: L'Harmattan, 249 p. (Alternances et développement).
- COLLIÈRE M-F. (1982). *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterEditions, 391p.
- COLLINS S. (1994). Remarques sur l'origine philosophique des catégories chez Mauss et Durkheim. In FRADIN B. et al. (eds.). *L'enquête sur les catégories. De Durkheim à Sacks*. Paris : EHESS, p. 43-76.
- COSTALAT-FOUNEAU A-M. (1995). Représentation sociale, représentation de soi, une question épistémologique. *Textes sur les représentations sociales*. Vol 4, n°1, p.1-60
- CRAHAY M. (2006a). Dangers, incertitudes et incomplétude de la logique de la compétence en éducation. *Revue française de pédagogie*, n°154, p. 97-110.
- CRAHAY M. (2006b). Qualitatif-quantitatif : des enjeux méthodologiques convergents en éducation. In PAQUAY L, CRAHAY M. et de KETELE J-M. *L'analyse qualitative en éducation*. Bruxelles : De Boeck Supérieur, p. 33-52.
- CROCHÉ S. (2009). Évolution d'un projet sans Bruxelles - Le cas du processus de Bologne. *Éducation et sociétés*. 2009, vol 2, n°24, p. 11-27.
- CROCHÉ S. et CHARLIER J-É. (2009). Bologne, dix ans après. *Éducation et sociétés*. vol 2, n° 24, p. 5-10.
- CROS F. et RAISKY C. (2010). Autour des mots de la formation : référentiel. *Recherche et formation*. n°64, p.105-116.
- DANY L., DUDOIT E. et FAVRE R. (2008). Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance. *Psycho-Oncologie* [en ligne], 2008 [consulté le 15 juillet 2010], n°2, p 53-58. Accès : http://www.academia.edu/1336357/Analyse_des_representations_sociales_du_cancer_et_de_la_souffrance
- DARDEL A. (2012). Qualité des soins et développement professionnel continu. *Spécial formation infirmière et cadres de santé*, p.3-5.
- DAVANT JP. (2003). Préface. In KERVASDOUÉ J de (ed). *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod/ La Mutualité française, p.5-10.
- DAVIS F., OLESEN V. et WHITTAKER E. (1966). Problems and Issues in Collegiate Nursing Education. In DAVIS F. (ed). *The Nursing Profession: Five sociological Essays*. 2^{ème} édition, John Wiley & Sons, p.138-175

- DELAMAIRE M-L. et LAFORTUNE G. (2010). *Les pratiques infirmières avancées – une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés* [en ligne]. Éditions OCDE. [consulté le 3 novembre 2011], p. Accès : <<http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>>
- DELMAS P. (2009a). L'ordre infirmier français : un soubresaut dans la monotonie. In SLIWKA C., DELMAS P. (eds). *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?* Paris : Lamarre, p 39-55.
- DELMAS, P. (2009b) L'évolution des pratiques et des savoirs infirmiers, de la vision organique à la vision holistique. In SLIWKA C., DELMAS P. *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?* Paris : Lamarre, p 71-93.
- DESCHAMPS J-C et MOLINER P. (2008). *L'identité en psychologie sociale : des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris: Armand Colin, 186 p. (Cursus).
- DESCHAMPS J-C et DEVOS T. (1999). Les relations entre identité individuelle et collective ou comment la similitude et la différence peuvent covarier. In DESCHAMPS J-C. *et al. L'identité sociale : la construction de l'individu dans les relations entre groupes*. Grenoble : PUG, p.149-167.
- DESCHAMPS J-C et BEAUVOIS J-L. (1996). *Des attitudes aux attributions : sur la construction de la réalité sociale*. Grenoble: PUG, 366 p., (La psychologie sociale, T 2).
- DESCHAMPS J-C, DOISE W. (1979). L'effet du croisement des appartenances catégorielles. In DESCHAMPS J-C, DESCHAMPS J., DOISE W. (eds). *Expériences entre groupes*. Paris: Mouton, p. 293-326.
- DEKUSSCHE C. (2005). Coup d'envoi officiel des transferts de compétences. *Soins cadres*, n°53, p5-8.
- DESROSIERS G. (2010). *La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières*. [en ligne], Montréal: CFI [consulté le 25 septembre 2011]. Accès : http://www.sidiief.org/fr-CA/Accueil/5_0_services/5_2NouvellesduReseau/N/media/Files
- DIEBOLT É. et FOUCHÉ N. (2011). *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938)*. Paris : Publibook, 339 p. (Histoires contemporaines).
- DIET E. (2001). Paradoxalités dans la formation et souffrance de l'identité professionnelle. *Connexions*. N° 75, p.13-28
- DOISE W. (2005). Les représentations sociales. In DUBOIS N. (ed.). *Psychologie sociale de la cognition*. Paris : Dunod, 153-208.
- DOISE W. (1999). Représentations sociales dans l'identité personnelle, p 201-213.. In BEAUVOIS J-L, DUBOIS N. et DOISE, W. *La construction sociale de la personne*. Grenoble : PUG, 369 p.
- DOISE W. (1993). *Logiques sociales dans le raisonnement*. Paris : Delachaux et Niestlé, 198p. (Actualités en sciences sociales).
- DOISE W. (1986). Les représentations sociales : définition d'un concept. In DOISE, W. et PALMONARI, A. *L'étude des représentations sociales*. Paris : Delachaux et Niestlé, 225 p.
- DOISE W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris : PUF, 233 p. (Sociologies).

- DOISE W. (1979). Rencontres intergroupes et catégorisation. In DESCHAMPS J-C., DESCHAMPS J., DOISE W. (eds). *Expériences entre groupes*. Paris: Mouton, p. 275-279.
- DOISE W., CLÉMENCE A. et LORENZI-CIOLDI F. (1992). Représentations sociales et analyses de données. Grenoble : PUG, 261 p.
- DUBAR C. (2005). *La socialisation*. Paris : Armand Colin, 255 p. (U Sociologie).
- DUBAR C. (2000). *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*. Paris : PUF, 239 p. (Le lien social).
- DUBAR C. (1998). Trajectoires sociales et formes identitaires : clarifications conceptuelles et méthodologiques. *Sociétés contemporaines*, n°29, p.73-85.
- DUBAR C. et TRIPIER P. (1998). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin, 257 p.
- DUBOIS N. (ed). (2005). *Psychologie sociale de la cognition*. Paris: Dunod, 291 p. (Psycho Sup).
- DUCHESNE S. et HAEGEL F. (2005). *L'enquête et ses méthodes – L'entretien collectif*. Paris : Armand Colin, 126 p. (128).
- ELLUL J. (2004). *Le bluff technologique*. 2e éd. Paris : Hachette, 748 p. (Pluriel Sociologie).
- EYMARD C. et LAMY D. (2008). Les savoirs : quelle utilisation dans le travail de fin d'études des étudiants infirmiers ? *Recherche en soins infirmiers*. N° 95, p. 79-85.
- FABRE M. (2004). *Penser la formation*. Paris: PUF, 274p. (L'éducateur).
- FARR R. (1984). Les représentations sociales. In MOSCOVICI S. (ed.) *Psychologie sociale*. Paris : PUF, p.379-390
- FERRET S. (1998). L'identité. Paris : Garnier Flammarion, 239p. (Corpus).
- FISCHER G-N. (1996). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 226 p.
- FOUCAULT M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 688p. (Tel).
- France, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2009) *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier* [en ligne]. Paris, [consulté le 15 septembre 2011]. Disponible sur le web: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf
- France, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2012). *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012* [en ligne]. Paris [consulté le 15 février 2012]. Accès : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat168.pdf>
- France, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2009). *La formation aux professions de la santé en 2007* [en ligne]. Paris [consulté le 15 février 2011]. Accès : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-formation-aux-professions-de-la-sante-en-2007/5165.html>
- France, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2012). Code de la santé publique, Partie législative, Quatrième partie, Livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Titre Ier : profession d'infirmier ou d'infirmière, Partie réglementaire [en ligne]. Paris, 2012 [consulté le 12 juin 2012]. Accès : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000660726658>

- France, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2009). Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire [en ligne]. Paris [consulté le 12 novembre 2011]. Accès : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichText.do?cidTexte=JOFTEXT0000208794758&dateTexte=écategorieliens=id>
- FRAY A-M et PICOULEAU S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. [en ligne]. Paris : Management & Avenir. [consulté le 12 juin 2012]. n°38, p.72-88. Accès : <http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm>
- FRAYSSE B. (2000). La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités. *Revue des sciences de l'éducation*, Montréal, Vol. XXVI, n°3, p.651-676.
- FUSULIER B. et MAROY C. (1996). Formation par le travail et travail identitaire. *Éducation Permanente*, n° 128-3, p 117-135.
- GALLAND O. (1997). *Sociologie de la jeunesse*. Paris: Armand Colin, 247 p. (Coll. U).
- GALLAND O. et ROUDET B. (2001). *Les valeurs des jeunes : Tendances en France depuis 20 ans*. Paris : L'Harmattan, 239 p., (Débats jeunesse).
- GARNIER C., DOISE W (eds). (2002). *Les représentations sociales : balisage du domaine d'études*. Montréal : Éditions Nouvelles, 2002, 303p.
- GARNIER C (2000). Étude de l'action éducative à travers les représentations sociales : apports réciproques. In GARNIER C. et ROUQUETTE M-L (eds). *Représentations sociales et éducation*. Montréal, Éditions Nouvelles, p. 27-52
- GAULEJAC (de) V. (2002). Identité. In BARUS-MICHEL J. (ed). *Vocabulaire de psychosociologie*. Paris : érès, Hors collection, p.174-180.
- GHIGLIONE R. et MATALON B. (2008). *Les enquêtes sociologiques : théories et pratique*. (4^{ème} Ed.), Paris : Armand Colin, 301p. (Coll.U).
- GILIBERT, D. et SALÈS-WUILLEMIN, É. (2005). La discrimination « privative » dans l'activité explicative. *Bulletin de psychologie*. Tome 58(3)/477, p.307-320.
- GOFFMAN E. (1987). *Façons de parler*. Paris : les Éditions de Minuit, 230 p. (Le sens commun).
- GOFFMAN E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : les Éditions de Minuit, 230 p. (Le sens commun).
- GOHIER C. et ANADÓN M. (2000). Le sujet, une posture épistémologique la base de l'identité professionnelle de l'enseignant. In GOHIER C. et ALIN C.(eds) *Enseignant - Formateur : la construction de l'Identité professionnelle*. Paris: L'Harmattan, p17-28. (Éducation et formation).
- GOLSE B. (2001). *Du corps à la pensée*. Paris : PUF, 2^e édition, 375 p., (Le fil rouge).
- GOULET O. (1999). La consolidation de la formation. In GOULET O., DALLAIRE C. (eds). *Soins Infirmiers et société*. Montréal : G. Morin, p. 225-256.
- GOUDEAUX A. (2007). Formation initiale infirmière par l'analyse du travail : la formation conçue comme développement. In GIGER I., STROUMZA K. *Paroles de praticiens et description de l'activité*. Bruxelles, p.111-136 (Perspectives en éducation et en formation).

- GRIMALDI A. (2005). *Réinventer l'hôpital public : contre l'hôpital entreprise*. Paris : Textuel, 123 p.
- GUGAST C. (2011). La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : une autre vision du statut. *Les Cahiers Hospitaliers*, p. 26-28.
- GUILLEMAND J. (1988). Histoire des infirmières : des origines à la naissance de la Croix-Rouge. Paris : France sélection, 404 p.
- GUILLOT B. et al. (2011). La transmission des savoirs infirmiers à l'épreuve du nouveau référentiel de formation. *Soins cadres*, n° 79, p 31-35.
- GUIMELLI C. (1994). Transformation des représentations sociales, pratiques nouvelles et schèmes cognitifs de base. In GUIMELLEI C. (ed.) *Structures et transformations représentations sociales*. Genève, p.171-198 (Textes de base en sciences sociales).
- HAAS V. et MASSON E. (2006). La relation à l'autre comme condition à l'entretien. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 3, n° 71, p.77-88.
- HAMILTON A-É. (1900). *Considérations sur les infirmières des hôpitaux*. Thèse de doctorat en médecine. Montpellier: Imprimerie centrale du midi, 335 p.
- HAMILTON A-É. et RÉGNAULT F. (1901). *Les gardes-malades - Congréganistes, mercenaires - amateurs, professionnelles*. Paris: Vigot Frères, 283 p.
- HASSENTEUFEL P. (1993). Les automnes infirmiers (1988-1992) : dynamiques d'une mobilisation. In FILLIEULE O (ed). *Sociologie de la protestation : les formes de l'action collective dans le France contemporaine*. Paris : L'Harmattan, p.93-120.
- HENTGEN M-G. (2011). État des lieux de la mise en œuvre du référentiel de formation IDE et pistes d'amélioration. *DHOS*.
- HERZLICH C. (1972). La représentation sociale. In MOSCOVICI S. (ed.) Introduction à la psychologie sociale-Tome 1. Paris : Larousse, p.303-323.
- HESBEEN W. (2011). Compétence soignante, formation initiale et évaluation. *Perspective soignante*. n °41, p. 36-51.
- HESBEEN W. (1994). Pour une réorientation du soin infirmier. *Objectif Soins*. n °28, p. 28-37
- HIRTT N. (2009). L'approche par compétences : une mystification pédagogique. [en ligne, consulté le 24 août 2012]. Accès : <http://firgoa.usc.es/drupal/node/44091>
- HUBERT B. et POCHÉ F (2011). La formation face aux défis de la responsabilité. *Éducation Permanente*. N° 187/2011-2, p.23-35.
- JODELET D. (2008). Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions*. Vol.1, n°89, p.25-46.
- JODELET D. (1992). L'idéologie dans l'étude des représentations sociales. In AEBISCHER V. et al. *Idéologies et représentations sociales*. Cousset : Delval, p.15-34
- JODELET D. (1989). Représentations sociales : un domaine en expansion. In JODELET D. (ed.) *Les représentations sociales*. Paris : PUF, p.31-61.
- JOLLY D. (2009). La formation aux professions de la santé 2007 [en ligne]. Paris : Institut DREES, [consulté le 3 mars 2011].
Accès : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat128-2.pdf>

- JOUET LE PORS M. (2004). *L'évolution des représentations sociales des étudiants infirmiers sur la profession infirmière au cours de la formation*, CEFIEC,
- KAUFMANN J-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin, 126 p. (L'enquête et ses méthodes).
- KERGOAT D. et al. (1992). *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*. Paris : Lamarre, 192 p.
- KERVASDOUÉ Jean de. (1999). *Santé : pour une révolution sans réforme*. Paris : Gallimard, 198 p., (Le Débat).
- KERVASDOUÉ Jean de (ed). (2003). *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod/ La Mutualité française, 329 p.
- KETELE de J-M. et ROEGIERS X. (2009). *Méthodologie du recueil d'informations – Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents*. 4e éd. Bruxelles : de Boeck, 204 p. (Méthodes en sciences humaines).
- KNIBIEHLER Y. et al. (1984). *Cornettes et blouses blanches – Les infirmières dans la société française (1880-1980)*. Paris : Hachette, 366 p.
- LABAYLE D. (2002). *Tempête sur l'hôpital*. Paris : Seuil, 264 p.
- LAC Michel et al. (2010). Les représentations professionnelles et l'implication professionnelle comme modèles d'intelligibilité des processus de professionnalisation. In WITTORSKI R. (ed). *Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets*. Paris : Les dossiers des Sciences de l'éducation, n°24, p.133-145.
- LA HAYE de A-M. (1998). *La catégorisation des personnes*. Grenoble : PUG, 154p. (La psychologie en plus).
- LANGOUET G. et PORLIER J-C (1989). *Pratiques statistiques en sciences humaines et sociales*. Paris : ESF éditeur, 227p. (Sciences de l'éducation).
- LANRIEC T. (1993). Concevoir l'infirmier. *Objectifs Soins*. n° 14, p.33-37.
- LAPLANCHE J. et PONTALIS J-B. (1998). *Vocabulaire de la psychanalyse*, 2^{ème} édition, Paris : PUF, 523 p.(Quadrige).
- LARRUE J., BONARDI C. et ROUSSIAU N. (2000). Étude des liens entre plusieurs objets de représentations sociales. *Anuario de Psicología*. [en ligne], Vol. 31, n°3, p.19-37. [consulté le 5 mai 2012]. Disponible sur le web: Disponible sur le web: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/articulo/viewFile/61551/88406>
- LAVOIE-TREMBLAY M. (2009). L'arrivée d'une nouvelle génération d'infirmières en début d'emploi : est-ce que de nouvelles pratiques s'imposent ? In SLIWKA C., DELMAS P. *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?* Paris : Lamarre, p 57-68.
- LEBARON F. (2006). *L'enquête quantitative en sciences sociales – Recueil et analyse des données*. Paris : Dunod, 182 p (Psycho sup).
- LE BOTERF G. (2010). *Repenser la compétence - Pour dépasser les idées reçues: quinze propositions*. Paris: Eyrolles, 139 p. (Ressources humaines).
- LECLERC C. (2005). Modèles de la profession et formateur d'enseignant : une rencontre incertaine. In WITTORSKI R. (ed.) *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan, 205p. (Action et savoir).
- LECORDIER D. (2013).Éditorial. *Recherche en soins infirmiers*. n°112, p.5.

- LECORDIER D., REMY-LARGEAU I. et JOVIC I. (2013). Comment aborder la question de la discipline « sciences infirmières » en France ? *Recherche en soins infirmier*. n°112, p.6-13.
- LEGAULT G.*et al.* (2000). Crise d'identité professionnelle et professionnalisme : la construction de l'identité. In GOHIER C. et ALIN C.(eds) *Enseignant - Formateur : la construction de l'Identité professionnelle*. Paris: L'Harmattan, p.51-66. (Éducation et formation).
- LEMAINE G. (1979). *Différenciation sociale et originalité*. In DESCHAMPS J-C., DESCHAMPS J., DOISE W (eds). *Expériences entre groupes*. Paris: Mouton, p.185-219.
- LESNE M. (1977). *Travail pédagogique et formation d'adultes : éléments d'analyse*. Paris : PUF, 187 p.
- LEYENS J-P, YZERBYT V. (1997). *Psychologie sociale*. Sprimont : Margada, 368 p.
- LIPIANSKY E.M. (1998). L'identité personnelle. In RUANO-BORBALAN JC. (ed). *L'identité, l'individu, le groupe, la société*. Auxerre : Ed. Sciences Humaines, p21-29.
- LUC J-N. (2003). Du bon usage de l'histoire des représentations des gendarmes. *Sociétés et représentations*. N°16, p.35.
- MAGNON R. (2001). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers : le bilan d'un siècle*. Paris : Masson, 198 p.
- MALGLAIVE G. (2006). Entretien avec... : Formation des adultes, formation des enseignants. *Recherche et formation*, n°53, p.69-78.
- MALET R. (2007). De l'acculturation à la subjectivation : approche de la formation des enseignants. *Ethnologie française*, vol.37, p 663-670.
- MAUBANT P. (2004). *Pédagogues et pédagogies en formation d'adultes* Paris : PUF, 270 p. (Éducation et Formation).
- MAUBANT P. et ROGER L. (2012). Les métiers de l'éducation et de la formation: une professionnalisation en tensions. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur* [en ligne], 28-1, [mis en ligne le 20 avril 2012, consulté le 5 mai 2012]. Disponible sur le web: <http://ripes.revues.org/953>
- MAUBANT P. *et al.* (2010). Questions et enjeux dans l'étude compréhensive des processus de professionnalisation dans les métiers de l'intervention humaine. In WITTORSKI, Richard (ed). *Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets*. Paris : Les dossiers des Sciences de l'éducation, n° 24, p.109-132.
- MARC E. (2005). *Psychologie de l'identité - Soi et le groupe*. Paris: Dunod, 255 p. (Psycho Sup).
- MARQUES A. (2012). L'hôpital public est en mal de reconnaissance. *Objectif soins*. n°206, p. 6-9.
- MATILLON Y. (2003). *Rapport de mission : modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. [en ligne] [consulté le 9 mai 2012]. Accès : http://www.syndicat-infirmier.com/IMG/pdf/308_rapport_matillon.pdf
- MAYEN P. (2007) Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherches en éducation*. n°4, p.51-64.
- MEAD G-H. (1963). *L'esprit, le soi et la société*. Paris : PUF, 332 p.

- MÉDA D. et VENDRAMIN P. (2010). Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail ? *SociologieS* [en ligne], Théories et recherches, p.1-21, [mis en ligne le 27 décembre 2010, consulté le 5 septembre 2012]. Disponible sur le web: <http://sociologies.revues.org/3349>
- MESURE S, SAVIDAN P. (2006). *Le dictionnaire des sciences humaines*. Paris: PUF, 1277 p. (Quadrige).
- MIAS C. (1998). *L'implication professionnelle dans le travail social*. Paris, L'Harmattan, 319 p., (Éducation et Formation, Série Thèse et Travaux).
- MIOCHE A. (2005). Profession et professionnalisation: quelques travaux sociologiques fondateurs de la notion de profession. In SOREL M., WITTOTSKI R. *La professionnalisation en actes et en questions*. Paris: L'Harmattan, p. 173-182.
- MOLINARI L. et SPELTINI G. (2007). Représentations sociales de la responsabilité éducative. *Bulletin de psychologie*. Tome 60/(2),488, p. 99-113
- MOLINER P. (1996). *Images et représentations sociales*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 275 p.
- MOSCOVICI S (ed). (1988). *Psychologie sociale*. Paris: PUF, 596 p.
- MOSCOVICI S. (1984). Des représentations collectives aux représentations sociales. In JODELET D. (ed). *Les représentations sociales*. Paris : PUF, p.62-86.
- MOSCOVICI S. (1976). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris : PUF, 296 p., (Psychologie sociale).
- MOSCOVICI S. et VIGNAUX G. (1994). Le concept de thémata. In GUIMELLI C. *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, p.25-71
- MOSCOVICI S. et DOISE W. (1992). *Dissensions et consensus : Une théorie générale des décisions collectives*. Paris : PUF, 296 p., (Psychologie sociale).
- NETTO S. (2012). *Professionnalisation du métier d'enseignant t informatique à l'école élémentaire : une approche par la théorie des représentations sociales et professionnelles*. Thèse de doctorat, Toulouse : Université des sciences sociales.
- NOËL-HUREAUX É. (2011) L'universitarisation de la formation professionnelle infirmière [en ligne]. Colloque [consulté le 3 mars 2012] Accès : http://www.colloque-pedagogie.org/workspaces/colloque_2011/pub_data/41.pdf/DownloadFile/file/41.pdf
- OAKES P., HASLAM A. et TURNER J.C. (1999). Construction de l'identité à parti du contexte. In DESCHAMPS J-C. et al. *L'identité sociale : la construction de l'individu dans les relations entre groupes*. Grenoble : PUG, p.103-125.
- OGIEN A. (1994). Les propriétés sociologiques du concept. In FRADIN B. et al. (eds.). *L'enquête sur les catégories. De Durkheim à Sacks*. Paris : EHESS, p. 243-269.
- OZGA J. (2012). Gouverner la connaissance: données, inspection et politique éducative en Europe. *Éducation et Sociétés*. vol 1, n°29, p. 11-26.
- PAILLÉ P. (ed). (2006). *La méthodologie qualitative – Postures de recherche et travail de terrain*. Paris : Armand Colin, 238 p., (U Sociologie).
- PALAZZESCHI Y. (1998). *Introduction à une sociologie de la formation - Les évolutions contemporaines*. Paris: L'Harmattan, Vol.2, 548 p. (Éducation et Formation-Série Références).

- PALMONARI A. et DOISE W. (1986). Caractéristiques des représentations sociales. In DOISE W., PALMONARI A. *L'étude des représentations sociales*. Paris : Delachaux et Niestlé, p. 12-33.
- PARENT F. (2008). Formation, compétences et constructivisme : le référentiel d'évaluation, outil de cohérence dans les programmes en santé. In BAILLAT G. et al. *Evaluer pour former*. Bruxelles : De Boeck, p.111-139 (Pédagogies en développement).
- PEOC'H N. et SAINT-JEAN M. (2012). La pratique avancée : une évolution attendue à l'intersection de l'art, la praxis et l'action. *Gestions hospitalières*. n°516, p.313-317.
- PERREAULT M. et SAILLANT F. (1996). Sciences infirmières et sciences sociales : dialogue et fécondation mutuelle. *Sciences sociales et santé*, Vol.14, n°3, p.7-16)
- PHANEUF M. (2004). *Le concept de compétence comme structurant du programme de formation en soins infirmiers*. [en ligne]. Montréal [consulté le 15 juin 2011]. Accès : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Programme_par_compétences.pdf
- PIOTET F. (2009). Métier, classification, statut, compétence: la qualification en débat. *Éducation et Sociétés*, Vol 1, n°23, p.123-137.
- PITTOLO F. (1996). Représentations sociales urbaines : quand les ressources historiques sont évaluatrices, compensatrices, réductrices, l'exemple de Nice (France). *Textes sur les représentations sociales*, Vol 5 (2)p.81-98.
- POUCHELLE M-C. (2005). Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs ? *Ethnologie française*, XXXV, 2005, n°4, p.593-603.
- POUCHELLE M-C. (2001). Savoirs du corps, compétence du sujet et enjeux professionnels. *Soins cadres*, n°40, p 35-39.
- POURTOIS J-P, DESMET H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège : P. Margada, 253 p. (Psychologie et sciences humaines).
- Projet CRESI – Leonardo da Vinci. *Référentiel européen de compétences en soins infirmiers*. [en ligne]. Bruxelles: HENAM, 2008 [consulté le 12 février 2012]. Accès : http://www.cadredesante.com/spip/IMG/zip/Farde_finale_Frzip
- QUENTEL J-C. (2007). *Les fondements des sciences humaines*. Ramonville St-Agne:Érès, 262 p.
- QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 287 p.
- RATEAU P., ROUQUETTE M-L. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble, PUG, 159p.
- REY A. (1998). *Dictionnaire historique de la langue française*. Le Robert.
- REY A. et REY-DEBOVE J. (2009). *Le nouveau petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Le Robert.
- REY B. (2010). Entretien avec... *Recherche et formation*. n°64, p. 117-120.
- REY B. (2009). Autour des mots : « compétence » et « compétence professionnelle ». *Recherche et formation*. n°60, p. 103-116.
- RICAUD A-M. (2011). La place des femmes dans la création des écoles d'infirmières à Bordeaux. In Association des amis du patrimoine du CHU de Bordeaux (ed.). *La vie des Hôpitaux bordelais de 1850 à 1914*. P.155-168

- ROCHE J. (1999). Que faut-il entendre par professionnalisation? *Éducation Permanente*. vol 3, n°140, p. 35-50.
- ROSA E. *et al.* (2011). Rôle du processus de catégorisation dans le fonctionnement des représentations sociales : une application dans le champ du marketing. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, n° 91, p.253-281.
- ROUX-PEREZ T. (2005). Dynamiques identitaires à l'échelle du temps : une étude de cas chez les enseignants d'éducation physique et sportive. *Science et motricité*. n° 56, p. 75-96.
- ROUQUETTE M-L, RATEAU N. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble : PUG, 159 p.
- ROUSSEAU N. et SAILLANT F. (1996) ? Chercher avec, plutôt que chercher pour... Une introduction aux méthodes qualitatives de recherche en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, n°45, p.138-146.
- SAINSAULIEU I. (2003). *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, 238 p., (Logiques Sociales).
- SAINSAULIEU R. (1988). *L'identité au travail*. Paris : Presses de Sciences Po, 476 p.
- SALES-WUILLEMIN É. (2005a). *La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale*. Paris : Dunod, 159 p.
- SALES-WUILLEMIN, É. (2005b). *Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage - Représentations sociales, catégorisation et attitudes : perspectives nouvelles*. Paris L'Harmattan, 318 p. (Figures de l'interaction).
- SALIBA J. (2001). De l'identité aux identités. *Champ psychosomatique* [en ligne], 2001/1 [consulté le 23 janvier 2011], n°21, p5-7. Accès : <<http://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2001-1-page-5.html>
- SAVOIE P. (2009). Aux origines de la professionnalisation? La genèse du corps enseignant secondaire français. *Éducation et Sociétés*. vol 1, n°23, p. 13-26.
- SAVOYANT A. (2005) .La professionnalisation des personnels infirmiers [en ligne]. Dossier Céreq : [consulté le 10 juin 2009], Accès : <http://www.jamonet.eu/equal/analyse/Transfers%20Zqual%20doc%20CEREQ%2045.pdf>
- SCHWARTZ B. (1988). Éducation permanente et formation des adultes: évolution des pratiques, évolution des concepts. *Éducation permanente*. n° 92, p.7-22
- SCHWEYER F-X. (2008). L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres. *Recherche en soins infirmiers*, vol 93, p. 120-121.
- SCHWEYER F-X. (2005). L'hôpital sous tension. *Sciences humaines*, HS n°48, p56-65.
- SCHWEYER F-X. (2003). Crises et mutations de la médecine hospitalière. In KERVASDOUÉ J. de (ed.). *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod, p.232-241.
- SECA JM. (2001). *Les représentations sociales*. Paris : Armand Colin, 192 p. (Cursus - Sociologie).
- SÉGAL É. (2006). Les « savoir-être », un angle mort des débats sur la compétence. *L'homme et la société*. n°162, p.97-113
- SÉRAFIN J-M. (2006). Entre formation et professionnalisation : quelle place pour le travail de fin d'études ? *Soins Cadres*. n°58, p.72-73

- SERRES, Michel. (2012) *Petite poucette*. Paris : Le Pommier, 82p. (Manifestes).
- SICART D. (2012). Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012. [en ligne] DREES : séries statistiques. [consulté le 8 juin 2012]. Accès : www.drees.sante.gouv.fr/les-professions-de-sante-au-1er, 10930.html
- SIDIIEF. (2012). *Déclaration en faveur de la formation universitaire pour les infirmières et les infirmiers de l'espace francophone* [en ligne]. Genève [consulté le 7 juin 2012]. Accès : http://www.sidiief.org/~media/Files/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIEF/7_1_10_Memoire2011/Declaration-Geneve-adoptee-22052012.ashx
- SIDIIEF. (2011). *Analyse et mise en œuvre des profils de formation infirmière dans différents pays francophones* [en ligne], Montréal: CFI, [consulté le 25 avril 2012]. Accès : http://www.sidiief.org/Accueil/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIEF/~media/Files/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIEF/7_1_1_Profil_Formation/RapportCFI%20SIDIEF2010.ashx
- SINGLY de (F. (1992). *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Paris : Nathan, 128p. (128).
- SOARES, A. (2009). La charge émotionnelle du travail infirmier. *Objectif prévention*. vol23, n°2, p.10-11.
- SOREL M (2008). À propos de la professionnalisation : le retour du sujet.... *Savoirs*, n°17, p.
- STORARI C. et GILLES I. (2005). Relations entre identité sociale et identité individuelle dans une situation de catégorisations croisées. *Sciences-Croisées*, n°2-3, p.1-23
- STRUTMEYER C. (2007). Les grandes réformes hospitalières. *Soins*, n°719, P.24-29.
- SULZER, E. (1999). Objectiver les compétences d'interaction. *Éducation Permanente*. vol 3, n°140, p. 51-60
- TAJFEL H. (1972). La catégorisation sociale. In MOSCOVICI S. (ed) *Introduction à la psychologie sociale*.
- TAJFEL H., BILLIG M., BUNDY R., FLAMENT C. (1979). Catégorisation sociale et comportement intergroupes. In DESCHAMPS J-C, DESCHAMPS J., DOISE W (eds). *Expériences entre groupes*. Paris: Mouton, p. 121-149.
- TERRAL H. (1997). La professionnalité des enseignants au regard de son histoire et de ses mythologies. *Recherche et formation*. N° 24, p. 149-162.
- TOURMEN C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession: quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé Publique*. vol. 19 hs, p. 15-20.
- TURNER JC *et al.* (1987). *Rediscovering the Social Group: A Self-Categorization Theory*. Oxford: Blackwell, 239 p.
- ULMANN P. (2003). La crise des professions de santé a-t-elle une origine économique ? In KERVASDOUÉ J de (ed). *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod/ La Mutualité française, p..
- VANHULLE S *et al.* (2010). La formation des enseignants primaires genevois – Plurielle aujourd'hui, normalisée demain ? *Recherche et formation*. n°64, p. 63-76.
- VAN LANGE P. (2006) Bridging social psychology. In VAN LANGE P. *Bridging Social psychology: benefits of transdisciplinary approaches*. Mahwah (USA): Erlbaum, p.3-20.

- VÉGA, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*. vol.15, n°3, p. 103-141.
- VIAUD J. (2007). Les représentations sociales de la mondialisation, projet et originalités d'une recherche internationale. *Bulletin de psychologie*, Tome 60/487, p.3-10.
- VIGARELLO G. (1985). *Le propre et le sale – L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*. Paris : Seuil, 282 p. (Points Histoire).
- VIGARELLO G. (1999). *Histoire des pratiques de santé – Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*. Paris : Seuil, 390 p. (Points Histoire).
- VINSONNEAU G. (2002). *L'identité culturelle*. Paris : Armand Colin, 234 p. (U psychologie).
- VINSONNEAU G. (1999). *Inégalités sociales et procédés identitaires*. Paris : Armand Colin, 248 p. (U psychologie).
- VOVELLE M. (2001). Des mentalités aux représentations. *Sociétés & représentations*. 2, n°12, p.15-28.
- WATSON R. (1994). Catégories, séquentialité et ordre social. In FRADIN B. et al. (eds.). *L'enquête sur les catégories. De Durkheim à Sacks*. Paris : EHESS, p. 151-184.
- WENNER M. (1999). *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris : Séli Arslan, 192 p.
- WITTORSKI R. (2011) « Les spécificités du tutorat » Conférence du 8 mars 2011, CFPPS CHU de Bordeaux.
- WITTORSKI R (2010). La professionnalisation : d'un objet social à un objet scientifique... In WITTORSKI R (ed) Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets. *Revue Internationale des Sciences de l'Éducation*. n°24, p.9-11.
- WITTORSKI R. (2009). À propos de la professionnalisation. In BARBIER J-M. et al. - *Encyclopédie de l'éducation et de la formation*. Paris : PUF, p.781-789.
- WITTORSKI R. (2009). La professionnalisation : un état des recherches en France. In CEDEFOP, *National VET Research Report France*. [en ligne]. Paris [consulté le 18 octobre 2011]. Accès : http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/60/15/66/PDF/chapitre_cedefop.pdf
- WITTORSKI R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*. 2, n°17, p.9-36..
- WITTORSKI R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris: L'Harmattan, 188 p. (Action et Savoir).
- WITTORSKI R. (2005a). Enjeux et débats autour de la professionnalisation. In WITTORSKI R (ed). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan, 2005, p.9-20.
- WITTORSKI R. (2005b). La contribution de l'analyse des pratiques à la professionnalisation des enseignants. In WITTORSKI R (ed). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan, 2005, p.23-49.
- ZAOUNI-DENOUX S. (2003). De l'importance de la représentation et du contexte dans la formation professionnelle par alternance. *Carrefours de l'éducation*. N°15, p.22-37.
- ZARIFIAN P. (2009). *Le travail et la compétence: entre puissance et contrôle*. Paris: PUF, 184 p. (Le travail humain).

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ACP	Analyse en Composantes principales
ANFIIDE	Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Étudiants
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
CEFIEC	Comité d'Entente des Écoles d'Infirmières et de Cadres
CII	Conseil International des Infirmières (1899)
DHOS	Direction Générale de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESI	Étudiant(s) en soins infirmiers
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité en Santé
IADE	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État
IBODE	Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IFAS	Institut de Formation d'Aides-Soignants
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFMER	Institut de Formation des Manipulateurs en Électro Radiologie
IFMK	Institut de Formation des Masseurs Kinésithérapeutes
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MEDEF	Mouvement des Entreprises de France (organisation patronale)
REPERE	Représentation et Engagements Professionnels, leurs Évolutions : Recherche et Expertise
RSP	Représentations Socio-Professionnelles

INDEX DES AUTEURS

A

Aballéa · 22, 124
Abdelmalek et Gérard · 35
Abric · 108, 114, 115, 116, 141, 148, 149, 260
Acker · 44, 45, 47
Adam · 49
Ardouin · 67
Arruda · 112
Astier · 17
Augoustinos · 126, 127, 132
Augoustinos et Penny · 260

B

Barbier · 66
Bardin · 146, 147
Barlet et Cavillon · 50
Bataille · 121, 122
Baugnet · 94, 100, 126, 128, 132, 256
Beaud et Weber · 134, 154
Beauvois *et al.* · 107
Beauvois, Deschamps et Shadron · 126, 127, 132
Beckers · 16, 47, 67, 94, 251
Benasayag · 69, 101
Berger et Luckmann · 69, 70, 72, 101, 103, 106
Berland · 51
Blanchet et Gotman · 143
Blin · 94, 96, 97, 103, 120, 121, 123
Blondeau · 45
Borel, Follonier et Schaud · 92
Borniche · 55
Bosse et Guégnard · 87
Bourdieu · 84, 124, 134, 261
Bourdoncle · 21, 22, 23, 26, 31
Bourdoncle et Mathey-Pierre · 22
Bourgeois · 66
Bourret · 37
Bouveret · 82
Brichambault de · 79
Brisard et Malet · 23

C

Carricaburu et Ménoret · 39, 40, 41, 58
Champy-Remoussenard · 17, 18
Charlier et Croché · 78
Charraud · 259
Chauvigné · 79
Chauvigné et Coulet · 83
Cifali · 47
Clémence · 117, 118, 146
Clenet · 119, 120

Collière · 34, 35, 73
Collins · 123
Costalat-Founeau · 256
Crahay · 83, 139
Croché · 77
Cros et Raisky · 78

D

Dany, Dudoit et Fabre · 95
Dardel · 62
Davant · 44
Davis *et al.* · 64
de Gaulejac · 95, 106
Dekusshe · 74
Delamaire et Lafortune · 51
Delmas · 53, 63
Delumeau · 34
Deschamps · 261
Deschamps et Beauvois · 126
Deschamps et Doise · 129, 130
Deschamps et Moliner · 94, 99, 116, 132
Desrosiers · 52
Diebolt et Fouché · 255
Diet · 256
Dilthey · 134
Doise · 96, 117, 118, 130, 132, 140, 141
Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi · 142, 222, 223
Dubar · 13, 18, 28, 69, 70, 71, 72, 99, 102, 104, 105, 106, 107, 121, 254
Dubar et Tripiet · 25, 27, 29
Duchesne et Haegel · 143
Durkheim · 109
Duschesne et Haegel · 143, 144

E

Ellul · 59
Eymard et Lamy · 91

F

Fabre · 21
Farr · 113
Ferret · 100
Fischer · 111, 113, 114
Flament · 116
Foucault · 41
Fray et Picouleau · 103
Fraysse · 121, 132
Freud · 100, 110
Friedson · 29
Fusulier et Maroy · 106

G

Galland · 12, 84, 85, 86
Galland et Roudet · 85, 86
Ghiglione et Matalon · 146
Gohier et Anàdon · 102
Golse · 108, 110
Goudeaux · 64
Grimaldi · 58
Gugast · 62
Guillermant · 40
Guillot · 92
Guimelli · 119

H

Haas et Masson · 135
Hamilton · 36
Hamilton et Régnault · 33
Hassenteufel · 44
Hentgen · 82
Hesbeen · 50, 63
Hirtt · 84
Hubert et Poché · 119
Hughes · 28

J

Jodelet · 112, 113, 114, 116, 132, 147, 148, 256
Jouet Le Pors · 122, 149

K

Kaddouri · 13
Kant · 108
Kaufman · 100, 147
Kergoat · 43
Kergoat et al. · 12
Ketele de et Rogiers · 143
Knibiehler · 37

L

La Haye de · 125, 126, 127, 128, 129
Lac · 65, 123
Lafaye · 57
Langouet et Porlier · 222
Lanriec · 49
Laplanche et Pontalis · 100, 110
Larrue, Bonardi et Rousseau · 159
Larrue, Bonardi et Roussiau · 118
Latreille · 24
Lavoie-Tremblay · 86
Le Boterf · 81
Lebaron · 142
Leclerc · 103
Lecordier · 63

Lemaine · 129
Lesne · 64
Lévy-Bruhl · 109
Leyens et Yzerbyt · 126, 127
Lipiansky · 101, 102
Lorenzi-Cioldi · 117, 130

M

Magnon · 76
Malglaive · 68
Marc · 99
Marková · 117, 119
Marques · 61
Matillon · 51
Maubant · 13, 64
Maubant et Roger · 22
Mayen · 47, 48
Mead · 100
Méda et Vendramin · 87
Mioche · 26, 27
Molinari et Speltini · 119
Moliner · 14, 114, 122, 123, 147, 255, 260
Moscovici · 95, 96, 97, 107, 109, 111, 112, 113, 114, 115

N

Netto · 23, 140

O

Oakes, Haslam et Turner · 132
Ogien · 123

P

Palazzeschi · 62, 65
Palmonari et Doise · 96
Parent · 83
Pastré · 47
Peoc'h et Saint-Jean · 52
Perez · 102
Phaneuf · 79
Piaget · 109, 110
Pittolo · 119
Poeschl et al., · 119
Pouchelle · 48

Q

Quentel · 134

R

Rey A · 17

Rey B · 66, 79
Rey et Rey-Debove · 23
Ricaud · 137
Roche · 17, 19, 20
Rosa *et al.*, · 126
Rouquette et Rateau · 111, 139
Roussiau et Bonardi · 114
Roux-Perez · 103

S

Sainsaulieu R · 70, 103
Salès-Wuillemin · 128, 131, 145
Saliba · 94, 107
Savoie · 31
Savoyant · 90
Schwartz · 67
Schweyer · 56, 57, 58, 78
Séca · 96, 116
Ségal · 83
Séraphin · 91
Sicart · 50
SIDIEF · 81
Singly de · 143, 149
Soares · 49
Sorel · 17, 19
Strutmeyer · 59
Sulzer · 80

T

Tajfel · 99, 124, 125, 129, 130
Terral · 22

Tourmen · 24
Turner · 94, 129

U

Ulmann · 44

V

Van Lange · 98
Vanhulle · 84
Véga · 44
Vergnaud · 47
Viaud · 119
Vigarello · 42
Vinsonneau · 99, 125, 127, 128
Vovelle · 108

W

Watson · 124
Wenner · 87
Wittorski · 18, 19, 20, 21, 32, 65, 67, 105, 259

Z

Zaouni-Denoux · 120
Zarifian · 65, 66

Index des schémas, graphiques et tableaux

Schéma 1 : Schéma de la tiercéité du regard psychosocial selon Moscovici.....	97
Graphique 1 : Répartition des IFSI acceptés pour suivre la formation	182
Graphique 2 : Répartition des IFSI rejetés pour suivre la formation (échantillon total).....	185
Tableau 1 : Les différents états de la professionnalisation selon Bourdoncle	23
Tableau 2 : Les infirmiers au 1er janvier 2012 en France (Métropole et DOM) et Aquitaine	50
Tableau 3 : Répartition des étudiants infirmiers selon la PCS du chef de famille.....	88
Tableau 4 : Répartition des nouveaux inscrits en 2007 selon le niveau d'études	89
Tableau 5 : Répartition des nouveaux inscrits en 2009 selon le niveau d'études	89
Tableau 6: Répartition des 5 séries du baccalauréat les plus fréquentes chez les nouveaux inscrits en 2007 dont le plus haut diplôme est le bac	90
Tableau 7: Répartition des 5 séries du baccalauréat les plus fréquentes chez les nouveaux inscrits en 2009 dont le plus haut diplôme est le bac	90
Tableau 8: Caractéristiques des différents IFSI	137
Tableau 9 Tableau classant les items des RSP selon les différents dimensions	152
Tableau 10 : Tableau récapitulatif des questions selon les rubriques	153
Tableau 11: Calendrier du protocole d'enquête	158
Tableau 12:Tableau des taux de retour des questionnaires selon les promotions.....	159
Tableau 13: Tableau récapitulatif des mouvements des groupes d'entretien.....	160
Tableau 14: Caractéristiques des groupes d'entretien selon les promotions	161
Tableau 15:Répartition des étudiants selon le genre dans les promotions de 1 ^{ère} année.....	163
Tableau 16:Répartition des étudiants selon le genre dans les promotions de 3 ^{ème} année	164
Tableau 17: Tableau des moyennes d'âge selon les promotions d'origine.....	164
Tableau 18: Tableau croisé entre la PCS du père et le groupe IFSI.....	165
Tableau 19:Tableau croisé entre la PCS de la mère et le groupe IFSI.....	166
Tableau 20: Proportion d'étudiants bénéficiant de subventions ou de bourses selon les IFSI d'origine	166
Tableau 21: Tableau croisant le type de baccalauréat et les promotions de 1 ^{ère} année	167
Tableau 22: Tableau croisant le type de baccalauréat et les promotions de 3 ^{ème} année	168
Tableau 23:Tableau des raisons du choix du métier selon la promotion	169
Tableau 24: Tableau croisant les choix de projet professionnel selon les promotions	170
Tableau 25: Tableau croisant l'IFSI et les concours présentés	172
Tableau 26 : Tableau le suivi d'une préparation selon la promotion d'origine.....	172

Tableau 27: Tableau récapitulatif des trois premières valeurs perçues selon les promotions	173
Tableau 28: Tableau croisé de l'accord sur les valeurs perçues selon la promotion	174
Tableau 29: Tableau récapitulatif des évaluations des compétences selon la promotion	176
Tableau 30 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation (Ech. total)	176
Tableau 31 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de CRF1	177
Tableau 32 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de CRF3	177
Tableau 33: Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de D1	178
Tableau 34 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de D3	178
Tableau 35 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de B1	178
Tableau 36 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de B3	178
Tableau 37 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de P1	178
Tableau 38 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de P3.....	179
Tableau 39: Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de 1ère année.....	179
Tableau 40 : Tableau des jugements sur le système de santé et l'universitarisation des ESI de 3ème année.....	179
Tableau 41 : Tableau récapitulatif des apprentissages à améliorer	181
Tableau 42 : Tableau des répartitions des choix des autres IFSI selon les promotions	183
Tableau 43: Tableau récapitulatif des processus de catégorisation sociale selon les promotions des IFSI	228
Tableau 44: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de 1ère année.....	231
Tableau 45: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de 1 ^{ère} année.....	232
Tableau 46: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de 3ème année.....	233
Tableau 47: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de 3ème année	233
Tableau 48 : Tableau comparatif des dimensions principales des RSP selon la strate "Année de formation"	234
Tableau 49 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de CRF	236

Tableau 50: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de l'IFSI CRF	236
Tableau 51 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de Dax .	237
Tableau 52: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les variables des RSP ..	238
Tableau 53: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de Bagatelle	239
Tableau 54: Tableau récapitulatif des plus fortes corrélations entre les variables des RSP des ESI de Bagatelle	239
Tableau 55 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de Pell..	240
Tableau 56: Tableau des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des étudiants de l'IFSI de Pellegrin	241
Tableau 57 : Tableau comparatif des dimensions principales des RSP selon la strate "IFSI d'appartenance"	241
Tableau 58: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de CRF1	243
Tableau 59: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de CRF3	244
Tableau 60: Tableau comparatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP	244
Tableau 61: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de D1 ...	245
Tableau 62 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de D3 ...	246
Tableau 63: Tableau comparatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP des ESI de l'IFSI de Dax	247
Tableau 64: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de B1 ...	248
Tableau 65: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de B3 ...	249
Tableau 66: Tableau comparatif des plus fortes corrélations entre les termes des RSP	249
Tableau 67: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de P1.....	250
Tableau 68 : Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de P3....	251
Tableau 69: Tableau comparatif des corrélations entre les variables des RSP des ESI de l'IFSI de Pellegrin.....	252
Tableau 70 : Tableau comparatif des dimensions principales des RSP selon la strate "Promotion d'origine"	253
Tableau 71: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de genre féminin	255
Tableau 72: Tableau des plus fortes corrélations entre les variables des RSP des étudiantes des IFSI.....	255
Tableau 73: Tableau des contributions aux deux premiers axes de l'ACP des ESI de genre masculin	257
Tableau 74: Tableau des plus fortes corrélations entre les variables des RSP des étudiants des IFSI.....	257
Tableau 75 : Tableau de synthèse des dimensions principales des RSP selon le genre.....	257

ANNEXES

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE 1 : EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	294
Exercice de la profession.	295
Actes professionnels.	301
Dispositions communes à tous les modes d'exercice.....	311
Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral	315
 ANNEXE 2 : TEXTES REGLEMENTAIRES SUR L'ACCES A LA FORMATION ET L'ORGANISATION DES ETUDES	 319
Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier	320
Référentiel d'activités	330
Référentiel de compétences.....	339
Référentiel de formation.....	350
 ANNEXE 3 : GUIDES DES ENTRETIENS COLLECTIFS	 363
Guide d'entretien collectif 1.....	364
Guide d'entretien collectif 2.....	365
 ANNEXE 4 ENTRETIENS DES ETUDIANTS DE 1^{ERE} ANNEE.....	 366
Extraits E1 CRF1 G1 (33'40)	367
Extraits E1 CRF1 G2 (30'10)	371
Extraits E1 CRF1 G3 (47'26)	375
Extraits E1 CRF1 G4 (40'51)	379
Extraits E2 CRF1 G1 (56'34)	384
Extraits E2 CRF1 G2 (35'52)	388
Extraits E2 CRF1 G3 (28'48)	390
Extraits E2 CRF1 G4 (45'48)	393
Extraits E1 D1 G 1 (29'33)	396
Extraits E1 D1 G2 (32'08)	398
Extraits E1 D1 G3 (33'10)	401
Extraits E1 D1 G4 (34'07)	404
Extraits E2 D1 G1 (41'50)	406
Extraits E2 D1 G 2 (30'02)	408
Extraits E2 D1 G3 (49'16)	410
Extraits E2 D1 G4 (41'24)	413
Extraits E1 B1 G1 (20'50)	415
Extraits E1 B1 G2 (22'44)	417
Extraits E1 B1 G3 (20'05)	419
Extraits E1 B1 G4 (26'11)	421
Extraits E2 B1 G1 (33'29)	423
Extraits E2 B1 G2 (45'23)	425
Extraits E1 P1 G1 (39'25)	429
Extraits E1 P1 G2 (25'23)	431
Extraits E1 P1 G3 (23'40)	433
Extraits E1 P1 G4 (43'39)	435
Extraits E2 P1 G1 (27'44)	437
Extraits E2 P1 G2 (45'02)	439
Extraits E2 P1 G3 (28'14)	442
Extraits E2 P1 G4 (46'19)	444
 ANNEXE 5 ENTRETIENS DES ETUDIANTS DE 3^{EME} ANNEE	 448
Extraits E1 CRF3 G1 (30'03)	449
Extraits E1 CRF3 G2 (50'58)	453
Extraits E1 CRF3 G3 (25'26)	458
Extraits E1 CRF3 G4 (43'16)	462
Extraits E2 CRF3 G1 (34'54)	465

Extraits E2 CRF3 G2 (23'34)	468
Extraits E1 D3 G1 (42'10)	470
Extraits E1 D3 G2 (27'53)	473
Extraits E1 D3 G3 (44'49)	475
Extraits E1 D3 G4 (45'44)	478
Extraits E2 D3 G1 (48'17)	480
Extraits E2 D3 G2 (29'40)	482
Extraits E2 D3 G3 (29'40)	484
Extraits E2 D3 G4 (27'28)	487
Extraits E1 B3 G1 (26')	489
Extraits E1 B3 G2 (27'50)	491
Extraits E1 B3 G3 (26'43)	493
Extraits E2 B3 G1 (23'59)	495
Extraits E2 B3 G2 (42'05)	497
Extraits E2 B3 G3 (43'40)	499
Extraits E1 P3 G1 (44'43)	502
Extraits E1 P3 G2 (53'15)	505
Extraits E1 P3 G3 (22'15)	509
Extraits E1 P3 G4 (47'03)	511
Extraits E2 P3 G1 (44'43)	514
Extraits E2 P3 G2 (1h6'53)	517
Extraits E2 P3 G3 (60'04)	521
Extraits E2 P3 G4 (46'45)	524
Extraits E2 P3 G5 (57'10)	527

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRES DESTINES AUX ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS

.....	532
Questionnaire destiné aux étudiants de 1 ^{ère} année	534
Questionnaire destiné aux étudiants de 3 ^{ème} année.....	541

ANNEXE 7 : TABLEAUX DE BORD STATISTIQUES DES DIFFERENTES STRATES.....

Strate : Promotions 1 ^{ère} année	549
Strate : Promotions 3 ^{ème} année	551
Strate : IFSI Croix-Rouge Française	553
Strate : IFSI Dax	555
Strate : IFSI Bagatelle	557
Strate : IFSI Pellegrin	559
Strate : Croix-Rouge Française 1 ^{ère} année	561
Strate : Croix-Rouge Française 3 ^{ème} année.....	573
Strate : Dax 1 ^{ère} année.....	585
Strate : Dax 3 ^{ème} année	598
Strate : Bagatelle 1 ^{ère} année	610
Strate : Bagatelle 3 ^{ème} année	622
Strate : Pellegrin 1 ^{ère} année.....	634
Strate : Pellegrin 3 ^{ème} année.....	647
Strate : Étudiantes (genre féminin)	660
Strate : Étudiants (genre masculin)	662

Annexe 1 : Extraits du Code de la santé publique

Partie législative – Exercice de la profession	295
Partie réglementaire – Actes professionnels	301
Règles professionnelles – dispositions communes à tous les modes d'exercice	311
Règles professionnelles – Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral	615

Code de la santé publique
Partie législative – Professions de santé – Livre III : Auxiliaires médicaux -
Titre Ier : profession d’infirmier ou d’infirmière - Exercice de la profession.

Article L4311-1

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

Article L4311-2

Sous réserve des dispositions des articles L. 4311-4 et L. 4311-5, peuvent exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L. 4311-3 et L. 4311-4, ou titulaires des autorisations prévues aux articles L. 4311-9 et L. 4311-10.

Article L4311-3

Les diplômes, certificats et titres exigés en application de l'article L. 4311-2 sont :

1° Soit le diplôme français d'Etat d'infirmier ou d'infirmière ou le diplôme d'infirmier ou d'infirmière délivré par l'école universitaire d'infirmiers de la principauté d'Andorre ;

2° Soit, si l'intéressé est ressortissant d'un État, membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, un diplôme, certificat ou titre d'infirmier responsable des soins généraux délivré conformément aux obligations communautaires ou à celles résultant de l'accord sur l'Espace économique européen par l'un de ces États et figurant sur une liste établie par le ministre chargé de la santé, ou tout autre diplôme, certificat ou titre d'infirmier responsable des soins généraux délivré par un des États, membres ou parties, sanctionnant une formation d'infirmier responsable des soins généraux acquise dans l'un de ces États, commencée avant une date de référence fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et non conforme aux obligations communautaires, à la condition qu'il soit accompagné d'une attestation de cet État certifiant que :

a) Le titulaire du diplôme, certificat ou titre s'est consacré, de façon effective et licite, aux activités d'infirmier responsable des soins généraux pendant au moins trois années au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation ;

b) Ces activités ont comporté la pleine responsabilité de la programmation, de l'organisation et de l'administration des soins infirmiers aux patients.

Article L4311-4

Peuvent être également autorisés à exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière :

1° Les ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne qui sont titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre délivré par l'autorité compétente d'un État membre, non prévu à l'article L. 4311-3, mais permettant d'y exercer légalement la profession ;

2° Les ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne, titulaires d'un diplôme d'infirmier acquis dans un État tiers, reconnu dans un État membre de la Communauté européenne et permettant d'y exercer légalement la profession.

Après avoir examiné les connaissances et qualifications attestées par ce diplôme et par l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle acquises dans un État membre au regard de celles exigées par les règles en vigueur pour l'accès et l'exercice de la profession, l'autorité administrative peut exiger qu'ils choisissent soit de se soumettre à une épreuve d'aptitude, soit d'accomplir un stage d'adaptation. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Article L4311-5

Un diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique est attribué de droit aux infirmiers titulaires du diplôme de secteur psychiatrique. Le diplôme d'État d'infirmier est délivré par l'autorité administrative, sur proposition d'une commission composée en nombre égal de médecins, d'infirmiers diplômés d'État et d'infirmiers de secteur psychiatrique titulaires d'un diplôme de cadre de santé, aux candidats qui ont suivi un complément de formation. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article L4311-6

Les infirmiers titulaires du diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique peuvent exercer la profession d'infirmier dans les établissements publics de santé, dans les syndicats interhospitaliers, dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, dans les établissements de santé privés recevant des patients souffrant de maladies mentales, ou dispensant des soins de longue durée, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1, L. 312-10 et L. 312-14 du code de l'action sociale et des familles, dans les établissements et services mentionnés aux articles L. 344-1 et L344-7 du code de l'action sociale et des familles, dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, dans les établissements de santé des armées, à l'Institution nationale des invalides, dans les services et les établissements relevant du ministère chargé de l'éducation nationale, dans les services de médecine du travail et dans les services de la protection judiciaire de la jeunesse.

Article L4311-7

Pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière, les candidats ne peuvent être admis à subir les examens que s'ils ont accompli leur scolarité dans un institut de formation en soins infirmiers autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 4383-3.

Article L4311-11

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4311-2, peuvent exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière les personnes titulaires :

1° De l'un des brevets délivrés en application du décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles ;

2° D'une autorisation d'exercer définitivement la profession d'infirmier ou d'infirmière, délivrée en application des dispositions transitoires de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières ou infirmiers hospitaliers ou de l'article 13 de la loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers.

Article L4311-12

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4311-2, l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier est permis soit en qualité d'auxiliaire polyvalent, soit pour un ou plusieurs établissements ou pour un mode d'activité déterminé :

1° Aux personnes pourvues de certificats, titres ou attestations dont la liste et les conditions de validité sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Toutefois, les certificats, titres ou attestations délivrés dans un État non membre de la Communauté européenne ou n'étant pas partie à l'accord sur l'Espace économique européen ne peuvent permettre l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière que dans la mesure où le diplôme d'État français ouvre lui-même l'exercice de celle-ci dans cet État. Cette dernière disposition n'est applicable ni aux personnes ayant le statut de réfugié politique, ni aux personnes exerçant légalement en France la profession d'infirmier ou d'infirmière au 13 juillet 1980 ;

2° Aux étudiants préparant le diplôme d'État pendant la durée de leur scolarité, mais seulement dans les établissements ou services agréés pour l'accomplissement des stages ;

3° Aux élèves officiers et officiers de la marine marchande pendant la durée de leur stage de formation sanitaire effectué dans des établissements ou services agréés par le ministre chargé de la santé.

La date et les modalités de la cessation des régimes dérogatoires mentionnés dans le présent article sont fixées par décret.

Article L4311-12-1

Les personnes appartenant à la réserve sanitaire prévue à l'article L. 3132-1 ou requises en application des articles L. 3131-8 ou L. 3131-9 et ayant validé la deuxième année du deuxième cycle des études médicales peuvent effectuer des actes infirmiers, sous réserve que cet exercice soit effectué auprès d'une équipe soignante comportant au moins un infirmier diplômé d'État et sous la surveillance du responsable de l'équipe, au titre des activités pour lesquelles elles ont été appelées.

Les personnes appartenant à la réserve sanitaire prévue à l'article L. 3132-1 ou requises en application des articles L. 3131-8 ou L. 3131-9 et ayant validé la deuxième année d'études préparant au diplôme d'État d'infirmier ou inscrites en troisième année d'études préparant à ce diplôme peuvent réaliser des actes infirmiers, sous réserve que cet exercice soit effectué auprès d'une équipe soignante comportant au moins un infirmier diplômé d'Etat et sous la responsabilité de ce dernier, au titre des activités pour lesquelles elles ont été appelées.

Article L4311-13

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4311-2, peuvent accomplir des actes d'assistance auprès d'un praticien au cours d'une intervention chirurgicale les personnels aides-opérateurs et aides-instrumentistes exerçant cette activité professionnelle à titre bénévole ou salarié depuis une durée au moins égale à six ans avant le 28 juillet 1999, et ayant satisfait, avant le 31 décembre 2005, à des épreuves de vérification des connaissances dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

L'épreuve de vérification des connaissances est destinée à autoriser exclusivement l'exercice des activités professionnelles d'aides-opérateurs et aides-instrumentistes.

Tout employeur de personnel aide-opérateur ou aide-instrumentiste est tenu de proposer à ces personnels un plan de formation intégré dans le temps de travail, aboutissant à son maintien au sein de l'établissement, dans des conditions et des délais définis par décret.

Article L4311-14

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4311-2, le représentant de l'État dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon peut autoriser, par arrêté, une infirmière ou un infirmier ne remplissant pas les conditions prévues à l'article L. 4311-2 à exercer son activité dans la collectivité territoriale.

Article L4311-15

Les infirmiers et les infirmières sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations auprès du service de l'État compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle ou de résidence, ils en informent ce service ou cet organisme. L'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité.

Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public.

Nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation prévue au premier alinéa et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers. Toutefois, l'infirmier n'ayant pas de résidence professionnelle peut être autorisé par le conseil départemental de l'ordre des infirmiers, et pour une durée limitée, renouvelable dans les mêmes conditions, à remplacer un infirmier. Le représentant de l'État dans le département ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent au tableau du conseil départemental de l'ordre et peuvent en obtenir copie. La liste des professionnels inscrits à ce tableau est portée à la connaissance du public dans des conditions fixées par décret.

Un infirmier ou une infirmière ne peut être inscrit que sur une seule liste départementale. Cette inscription ne limite pas géographiquement les possibilités d'exercice.

L'infirmier ou l'infirmière qui est inscrit ou enregistré dans un État étranger pour l'exercice de sa profession ne peut être inscrit sur une liste départementale.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L4311-16

si le demandeur ne remplit pas les conditions légales exigées pour l'exercice de la profession, s'il est frappé d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession en France ou à l'étranger, ou s'il est frappé d'une suspension prononcée en application de l'article L. 4311-26.

Article L4311-17

L'infirmier ou l'infirmière qui demande son inscription au tableau doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française et des systèmes de poids et mesures utilisés en France. Lorsque cette preuve ne résulte pas du dossier accompagnant la demande d'inscription, la vérification est faite par le médecin inspecteur départemental de santé publique ; une nouvelle vérification peut être faite, à la demande de l'intéressé ou du conseil départemental de l'ordre, par le médecin inspecteur régional de santé publique.

Article L4311-18

S'il apparaît que le demandeur est atteint d'une infirmité ou se trouve dans un état pathologique qui rend dangereux l'exercice de sa profession, le conseil départemental de l'ordre des infirmiers refuse l'inscription au tableau. En cas de doute, une vérification peut être effectuée, à la demande du conseil de l'ordre ou de l'intéressé, par le médecin inspecteur départemental de santé publique.

Article L4311-22

L'infirmier ou l'infirmière, ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités d'infirmier responsable des soins généraux dans un État, membre ou partie, autre que la France, peut exécuter en France des actes professionnels sans avoir procédé à l'inscription prévue par l'article L. 4311-15.

L'exécution de ces actes est toutefois subordonnée à une déclaration préalable dont les modalités sont fixées par un décret en Conseil d'État. Si l'urgence ne permet pas de faire cette déclaration préalablement à l'acte, elle doit être faite postérieurement dans un délai maximum de quinze jours.

La déclaration est accompagnée d'une attestation de l'autorité compétente de l'État, membre ou partie, certifiant que l'intéressé possède les diplômes, certificats ou titres requis et qu'il exerce légalement les activités d'infirmier responsable des soins généraux dans l'État, membre ou partie, où il est établi. Elle est également accompagnée d'une déclaration sur l'honneur attestant qu'aucune instance pouvant entraîner l'interdiction temporaire ou définitive de

l'exercice de l'activité de l'infirmier responsable des soins dans l'État d'origine ou de provenance n'est en cours à son encontre.

L'infirmier ou l'infirmière prestataire de services est soumis aux dispositions de l'article L. 4312-1.

Article L4311-23

Les infirmiers ou infirmières inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 4311-15 peuvent porter l'insigne respectif conforme au modèle établi par le ministre chargé de la santé, et dont l'usage leur est exclusivement réservé. Il leur est délivré, en outre, une carte professionnelle dont le modèle est également établi par le ministre chargé de la santé.

Article L4311-26

L'employeur amené à prendre une mesure de licenciement, révocation ou suspension d'activité d'une infirmière ou d'un infirmier salarié dont l'exercice professionnel expose les patients à un danger grave en informe sans délai le représentant de l'État dans le département.

En cas d'urgence, lorsque la poursuite par une infirmière ou un infirmier de son exercice professionnel expose ses patients à un danger grave, le représentant de l'Etat dans le département prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il informe sans délai l'employeur de sa décision, que celui-ci ait été ou non à l'origine de sa saisine. Le représentant de l'État dans le département entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension.

Le deuxième alinéa du présent article n'est pas applicable aux infirmiers et infirmières qui relèvent des dispositions de la partie 4 du code de la défense.

Article L4311-27

Lorsqu'elle est motivée par une infirmité ou un état pathologique, la suspension du droit d'exercer prononcée en application de l'article L. 4311-26 ne saurait avoir pour effet de priver l'infirmier ou l'infirmière salarié de sa rémunération jusqu'au prononcé de la décision définitive.

Article L4311-28

Les articles L. 4112-3 à L. 4112-6, L. 4113-3, L. 4113-5, L. 4113-6 et L. 4113-9 à L. 4113-14 sont applicables aux infirmiers dans des conditions précisées par voie réglementaire.

Article L4311-29

Un décret en Conseil d'État fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent chapitre.

Code de la santé publique
Partie réglementaire – Professions de santé – Livre III : Auxiliaires médicaux -
Titre Ier : profession d’infirmier ou d’infirmière
Actes professionnels.

Article R4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic

infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;

- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R4311-5-1

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal, à l'exception de la première injection, dans les conditions définies à l'article R. 4311-3 et conformément au résumé des caractéristiques du produit annexé à l'autorisation de mise sur le marché du vaccin injecté, sur certaines personnes dont les conditions d'âge et les pathologies dont elles peuvent souffrir sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé. L'infirmier ou l'infirmière indique dans le dossier de soins infirmiers l'identité du patient, la date de réalisation du vaccin ainsi que le numéro de lot du vaccin lors de l'injection. Il ou elle déclare au centre de pharmacovigilance les effets indésirables portés à sa connaissance susceptibles d'être dus au vaccin.

Article R4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;

3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée,

soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;

2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;

3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroânienne ;

4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;

11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;

16° Instillation intra-urétrale ;

- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;

38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;

39° Recueil aseptique des urines ;

40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;

41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;

42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;

43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;

10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :

- 1° Première injection d'une série d'allergènes ;
- 2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- 3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- 4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
- 5° Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- 6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9° Transports sanitaires :
 - a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Élaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;

5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3° Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'État.

L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'État.

Article R4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux-ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;

2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;

3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;

4° Soins du nouveau-né en réanimation ;

5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;

2° Encadrement des stagiaires en formation ;

3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;

4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

6° Éducation à la sexualité ;

7° Participation à des actions de santé publique ;

8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Code de la santé publique
Partie réglementaire – Professions de santé – Livre III : Auxiliaires médicaux -
Titre Ier : profession d’infirmier ou d’infirmière

Dispositions communes à tous les modes d'exercice

Article R4312-1

Les dispositions du présent chapitre s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 4311-1, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

Article R4312-2

L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

Article R4312-3

L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions de la section I du chapitre Ier du présent titre, prises en application des articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6211-8.

Article R4312-4

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Article R4312-5

L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Article R4312-6

L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Article R4312-7

Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

Article R4312-8

L'infirmier ou l'infirmière doit respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix.

Article R4312-9

L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.

Article R4312-10

Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles.

Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

Article R4312-11

L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels.

Article R4312-12

Les infirmiers ou infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel de la santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Un infirmier ou une infirmière en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation.

Article R4312-13

Le mode d'exercice de l'infirmier ou de l'infirmière est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.

Article R4312-14

L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.

Article R4312-15

L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.

Article R4312-16

L'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

Article R4312-17

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité.

Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient.

Il est également interdit à un infirmier ou une infirmière d'accepter une commission pour un acte infirmier quelconque ou pour l'utilisation de matériels ou de technologies nouvelles.

Article R4312-18

Il est interdit à un infirmier ou une infirmière de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments et d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R4312-19

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage, comme salubre ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.

Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

Article R4312-20

L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation.

Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.

Article R4312-21

Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de compéragé, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social.

Article R4312-22

L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.

Article R4312-23

L'infirmier ou l'infirmière peut exercer sa profession dans un local aménagé par une entreprise ou un établissement pour les soins dispensés à son personnel.

Article R4312-24

Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

Article R4312-25

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Article R4312-26

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R4312-27

Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du titre II du livre Ier de la partie I du présent code.

Article R4312-28

L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient.

L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

Article R4312-29

L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés.

Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution.

Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé.

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

Article R4312-30

Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41.

Article R4312-31

L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

Article R4312-32

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Livre III : Auxiliaires médicaux
Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière
Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral

Devoirs généraux

Article R4312-33

L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.

Article R4312-34

L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le directeur général de l'agence régionale de santé, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le directeur général de l'agence régionale de santé, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier.

Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de l'article [R. 4381-88](#).

Article R4312-35

Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Article R4312-36

L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

Article R4312-37

La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières.

L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité.

La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.

Article R4312-38

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R4312-39

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Devoirs envers les patients.

Article R4312-40

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient du tarif des actes d'infirmier effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale. Il affiche également ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible.

Il est tenu de fournir les explications qui lui sont demandées par le patient ou par ses proches sur sa note d'honoraires ou sur le coût des actes infirmiers dispensés au cours du traitement.

Les honoraires de l'infirmier ou de l'infirmière non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure.

Sont interdits toute fixation de forfait d'honoraires ainsi que toute fraude, abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués.

L'infirmier ou l'infirmière est toutefois libre de dispenser ses soins gratuitement.

Article R4312-41

Si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers et infirmières mentionnée à l'article L. 4312-1.

Dans ce cas, ou si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins.

Le cas échéant, il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.

Devoirs envers les confrères.

Article R4312-42

Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier ou à l'infirmière.

L'infirmier ou l'infirmière ne peut abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.

Conditions de remplacement

Article R4312-43

Le remplacement d'un infirmier ou d'une infirmière est possible pour une durée correspondant à l'indisponibilité de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Toutefois, un infirmier ou une infirmière interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi entre les deux parties.

Article R4312-44

Un infirmier ou une infirmière d'exercice libéral peut se faire remplacer soit par un confrère d'exercice libéral, soit par un infirmier ou une infirmière n'ayant pas de lieu de résidence professionnelle. Dans ce dernier cas, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable.

L'infirmier ou l'infirmière remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers ou infirmières à la fois, y compris dans une association d'infirmier ou un cabinet de groupe.

Article R4312-45

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière remplacé exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral, il doit en informer celle-ci.

Durant la période de remplacement, l'infirmier ou l'infirmière remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des dispositions des articles R. 4312-6 et R. 4312-22.

L'infirmier ou l'infirmière remplacé doit informer les organismes d'assurance maladie en leur indiquant le nom du remplaçant ainsi que la durée et les dates de son remplacement. Dans le cas où le remplaçant n'a pas de lieu de résidence professionnelle, l'infirmier ou l'infirmière remplacé indique également le numéro et la date de délivrance de l'autorisation préfectorale mentionnée à l'article R. 4312-44.

Article R4312-46

L'infirmier ou l'infirmière remplaçant qui n'a pas de lieu de résidence professionnelle exerce au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé et sous sa propre responsabilité.

L'infirmier ou l'infirmière d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier ou l'infirmière remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

Article R4312-47

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier ou l'infirmière remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé.

Un infirmier ou une infirmière qui a remplacé un autre infirmier ou une autre infirmière pendant une période totale supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il pourrait entrer en concurrence directe avec l'infirmier ou l'infirmière remplacé, et éventuellement avec les infirmiers ou les infirmières exerçant en association avec celui-ci, à moins que le contrat de remplacement n'en dispose autrement.

Article R4312-48

L'infirmier ou l'infirmière ne peut, dans l'exercice de sa profession, employer comme salarié un autre infirmier, un aide-soignant, une auxiliaire de puériculture ou un étudiant infirmier

Annexe 2 : Textes réglementaires sur l'accès à la formation et l'organisation des études

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier	320
Référentiel d'activités	330
Référentiel de compétences	339
Référentiel de formation	350

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

7 août 2009

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 18 sur 135

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

NOR : SASH0918262A

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu le décret n° 81-1221 du 31 décembre 1981 relatif à l'accueil des étudiants étrangers dans les universités et les établissements publics à caractère scientifique et culturel indépendants des universités ;

Vu le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires ;

Vu le décret n° 2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux ;

Vu le décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur ;

Vu le décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté du 25 août 1969 modifié relatif à la liste des titres admis en dispense du baccalauréat de l'enseignement du second degré en vue de l'inscription dans les universités ;

Vu l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales ;

Vu l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme ;

Vu l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 29 avril 2009 ;

Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes du 30 juillet 2009,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Le diplôme d'Etat d'infirmier atteste des compétences professionnelles pour exercer les activités du métier d'infirmier selon :

- les référentiels d'activités et de compétences définis en annexes I et II ;
- les articles R. 4311-1 à R. 4311-15 du code de la santé publique.

TITRE I^{er}

ACCÈS À LA FORMATION

Art. 2. – Pour être admis à effectuer les études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins au 31 décembre de l'année des épreuves de sélection.

Art. 3. – Des épreuves de sélection sont organisées par chaque institut de formation en soins infirmiers autorisé pour la préparation du diplôme d'Etat d'infirmier.

Les instituts de formation qui le souhaitent ont la faculté de se regrouper en vue d'organiser en commun les épreuves. Ils doivent, après accord du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, informer les candidats au moment de leur inscription du nombre de places offertes par institut.

Ce nombre est déterminé selon les conditions prévues par l'article L. 4383-2 du code de la santé publique.

Art. 4. – Peuvent se présenter aux épreuves de sélection :

- 1° Les titulaires du baccalauréat français ;
- 2° Les titulaires de l'un des titres énoncés par l'arrêté du 25 août 1969 modifié susvisé, ou d'un titre admis en dispense du baccalauréat français en application du décret n° 81-1221 du 31 décembre 1981 susvisé ;
- 3° Les titulaires d'un titre homologué au minimum au niveau IV ;
- 4° Les titulaires du diplôme d'accès aux études universitaires ou les personnes ayant satisfait à un examen spécial d'entrée à l'université ;
- 5° Les candidats de classe terminale ; leur admission est alors subordonnée à l'obtention du baccalauréat français. Ils doivent adresser une attestation de succès au baccalauréat à la direction de l'institut de formation en soins infirmiers où ils se présentent dans les délais requis par l'institut ;
- 6° Les titulaires du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique qui justifient, à la date du début des épreuves, de trois ans d'exercice professionnel ;
- 7° Les candidats justifiant, à la date du début des épreuves, d'une activité professionnelle ayant donné lieu à cotisation à un régime de protection sociale :
 - d'une durée de trois ans pour les personnes issues du secteur sanitaire et médico-social, autres que les titulaires du diplôme d'Etat d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'aide médico-psychologique ;
 - d'une durée de cinq ans pour les autres candidats.

Ces candidats doivent au préalable avoir été retenus par un jury régional de présélection dans les conditions définies aux articles 5 à 10.

Art. 5. – Pour les candidats visés au 7° de l'article 4, le préfet de région réunit annuellement un jury de présélection chargé d'établir la liste des candidats autorisés à se présenter aux épreuves de sélection dans les instituts de formation en soins infirmiers.

Il arrête, sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, la composition du jury de présélection, qui comprend :

- 1° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, président ;
- 2° Le directeur des soins exerçant la fonction de conseiller pédagogique régional ou de conseiller technique régional ;
- 3° Un directeur d'institut de formation en soins infirmiers ;
- 4° Un directeur de soins titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier ;
- 5° Deux infirmiers exerçant des fonctions d'encadrement dans les instituts de formation en soins infirmiers ;
- 6° Deux infirmiers exerçant des fonctions d'encadrement dans un établissement de santé ou exerçant dans le secteur extrahospitalier.

Art. 6. – Les candidats visés au 7° de l'article 4 déposent auprès du directeur régional des affaires sanitaires et sociales de leur lieu de résidence, en vue de l'examen de leur candidature par le jury précité, une demande d'autorisation à se présenter aux épreuves de sélection. Le préfet de région fixe la date limite de dépôt des dossiers de candidature.

Art. 7. – La procédure de présélection comprend :

- 1° Une épreuve sur dossier ;
- 2° Une épreuve écrite de français.

Art. 8. – Le dossier de présélection comprend :

- 1° Une lettre de candidature exposant les motivations du candidat ;
 - 2° Un document attestant du niveau d'enseignement général atteint ;
 - 3° Les copies des titres et diplômes obtenus ;
 - 4° La liste des emplois successifs exercés avec indication de l'adresse du ou des employeurs, la durée pendant laquelle ces emplois ont été occupés, l'appréciation, la notation ou un certificat de travail du ou des employeurs ;
 - 5° Les attestations relatives aux cycles de formation professionnelle continue suivis.
- Le jury attribue à ce dossier une note sur 20 points.

Art. 9. – L'épreuve de français, anonyme, d'une durée de deux heures, consiste en un résumé d'un texte portant sur un sujet d'ordre général ; elle a pour objet d'évaluer les capacités de compréhension et d'expression écrite du candidat.

La correction est assurée par des membres du jury de présélection selon une grille établie avant l'épreuve. Le jury attribue à cette épreuve une note sur 20 points.

Art. 10. – Les candidats ayant obtenu un nombre de points supérieur ou égal à 20 sur 40 sont inscrits par le jury de présélection sur un procès-verbal. Une note inférieure à 7 sur 20 à l'une des épreuves visées à l'article 7 est éliminatoire.

Au vu du procès-verbal, le préfet de région arrête la liste des candidats autorisés par le jury à se présenter aux épreuves de sélection et leur notifie cette autorisation, valable deux ans à compter de sa notification.

Art. 11. – Les candidats aux épreuves de sélection déposent dans chacun des instituts de formation en soins infirmiers où ils se présentent :

- 1° Un dossier d'inscription ;
- 2° Une copie d'une pièce d'identité ;
- 3° Une copie de l'attestation de succès au baccalauréat français, ou du titre admis en dispense en application des 2°, 3°, 5° et 6° de l'article 4 ;
- 4° Pour les candidats visés au 4° de l'article 4, un certificat de scolarité ;
- 5° Pour les candidats visés au 7° de l'article 4, une copie de l'autorisation prévue à l'article 10 à se présenter à l'épreuve de sélection prévue à l'article 3.

Les candidats titulaires du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique justifiant de trois ans d'exercice de cette profession déposent, en outre, une copie du diplôme détenu ainsi que les certificats des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé.

Art. 12. – En cas de regroupement des instituts de formation en vue de l'organisation de la sélection, les candidats déposent un seul dossier d'inscription précisant leurs choix par ordre de préférence.

Les candidats acquittent le montant des droits d'inscription aux épreuves de sélection, tels que déterminés par l'organisme gestionnaire de l'institut de formation en soins infirmiers.

Art. 13. – Les épreuves de sélection sont organisées par l'institut de formation ou le regroupement des instituts dans les conditions définies à l'article 3.

Le jury est composé du directeur de l'institut de formation en soins infirmiers, ou des directeurs en cas de regroupement, d'infirmiers cadres de santé formateurs, d'infirmiers cadres de santé exerçant en secteur de soins et de personnes qualifiées. La présidence du jury est assurée par un directeur d'institut.

Le président du jury choisit les sujets parmi les questions proposées par les équipes enseignantes de chaque institut de formation en soins infirmiers.

Les modalités des épreuves de sélection ainsi que les sujets sont soumis à l'approbation du préfet de région.

Art. 14. – Les épreuves de sélection sont au nombre de trois :

- 1° Deux épreuves d'admissibilité ;
- 2° Une épreuve d'admission.

Art. 15. – Les épreuves d'admissibilité comprennent :

- 1° Une épreuve écrite, qui consiste en un travail écrit anonyme d'une durée de deux heures, notée sur 20 points. Elle comporte l'étude d'un texte comprenant 3 000 à 6 000 signes, relatif à l'actualité dans le domaine sanitaire et social.

Le texte est suivi de trois questions permettant au candidat de présenter le sujet et les principaux éléments du contenu, de situer la problématique dans le contexte, d'en commenter les éléments, notamment chiffrés, et de donner un avis argumenté sur le sujet. Cette épreuve permet d'évaluer les capacités de compréhension, d'analyse, de synthèse, d'argumentation et d'écriture des candidats ;

- 2° Une épreuve de tests d'aptitude de deux heures notée sur 20 points.

Cette épreuve a pour objet d'évaluer les capacités de raisonnement logique et analogique, d'abstraction, de concentration, de résolution de problème et les aptitudes numériques.

Les deux épreuves d'admissibilité sont écrites et anonymes.

Pour être admissible, le candidat doit obtenir un total de points au moins égal à 20 sur 40 aux deux épreuves. Une note inférieure à 8 sur 20 à l'une de ces épreuves est éliminatoire.

La correction est organisée par le directeur de l'institut de formation. Il peut faire appel à des personnes qualifiées sur la base d'un cahier des charges, qui comprend notamment des grilles de correction.

Art. 16. – Les candidats déclarés admissibles par le jury sont autorisés à se présenter à une épreuve d'admission, qui consiste en un entretien avec trois personnes, membres du jury :

- 1° Un infirmier cadre de santé exerçant dans un institut de formation en soins infirmiers ;
- 2° Un infirmier cadre de santé exerçant en secteur de soins ;
- 3° Une personne extérieure à l'établissement formateur, qualifiée en pédagogie et/ou en psychologie.

Cet entretien, relatif à un thème sanitaire et social, est destiné à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel.

L'épreuve, d'une durée de trente minutes au maximum et notée sur 20 points, consiste en un exposé suivi d'une discussion.

Pour pouvoir être admis dans un institut de formation en soins infirmiers, les candidats doivent obtenir une note au moins égale à 10 sur 20 à l'entretien.

Art. 17. – Les candidats domiciliés dans les départements ou territoires d'outre-mer ou à l'étranger ont la possibilité de subir sur place les épreuves de sélection pour l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix. Ils doivent en faire la demande au directeur de l'institut de formation choisi, qui apprécie l'opportunité d'organiser sur place les épreuves :

- 1° En liaison avec l'autorité territoriale concernée pour les départements ou territoires d'outre-mer ;
- 2° Avec l'accord des représentants français dans le pays considéré.

Art. 18. – Pour les candidats visés à l'article 17, le sujet de l'épreuve d'admissibilité est identique à celui proposé sur le territoire métropolitain aux candidats de l'institut de formation choisi.

L'épreuve d'admissibilité se déroule au même moment que sur le territoire métropolitain.

Art. 19. – A l'issue de l'épreuve orale d'admission et au vu des notes obtenues aux trois épreuves de sélection, le président du jury établit une liste de classement.

La liste de classement comprend une liste principale et une liste complémentaire. Cette dernière doit permettre de combler les vacances résultant de désistements éventuels. En cas d'égalité de points entre deux ou plusieurs candidats, le rang de classement est déterminé par la note obtenue à l'épreuve écrite puis par celle obtenue à l'entretien. Lorsque cette procédure n'a pas permis de départager les candidats, le candidat le plus âgé sera classé avant les autres.

Art. 20. – Lorsque, dans un institut de formation ou un groupe d'instituts de formation en soins infirmiers, la liste complémentaire établie à l'issue des épreuves de sélection n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes, le directeur ou les directeurs des instituts de formation concernés peuvent faire appel à des candidats inscrits sur la liste complémentaire d'autres instituts de formation, restés sans affectation à l'issue de la procédure d'admission dans ceux-ci.

Ces candidats sont admis dans les instituts de formation dans l'ordre d'arrivée de leur demande d'inscription et dans la limite des places disponibles. Parmi les candidatures reçues par un institut, la priorité est accordée à celles émanant de candidats ayant satisfait aux épreuves de sélection dans la région où est situé cet institut.

Art. 21. – Les résultats sont affichés au siège de l'institut de formation ou des instituts de formation concernés. Tous les candidats sont personnellement informés de leurs résultats. Si dans les dix jours suivant l'affichage le candidat n'a pas donné son accord écrit, il est présumé avoir renoncé à son admission et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

En cas de regroupement d'instituts de formation, les candidats figurant sur la liste principale de leur premier choix sont affectés sur ce choix. Ces candidats ont dix jours pour donner leur accord écrit.

Les candidats classés sur la liste complémentaire de leur premier choix et figurant sur la liste principale d'un de leurs autres choix doivent dans un délai de dix jours faire connaître s'ils acceptent leur affectation dans l'institut pour lequel ils sont classés sur la liste principale, ou s'ils souhaitent demeurer, au risque de perdre le bénéfice de toute affectation, sur la liste complémentaire de leur premier choix.

Les candidats qui ont accepté leur affectation dans un institut de formation ont un délai de quatre jours ouvrés à compter de leur acceptation pour s'inscrire dans l'institut concerné et acquitter les droits d'inscription. Passé ce délai, les candidats sont réputés avoir renoncé au bénéfice des épreuves de sélection. La liste des candidats affectés dans les instituts de formation en soins infirmiers est transmise aux directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales concernés.

Art. 22. – Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles sont organisées.

Une dérogation est accordée de droit en cas de congé de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans.

En outre, en cas de maladie, d'accident ou, si l'étudiant apporte la preuve de tout autre événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report exceptionnel peut être accordé par le directeur de l'institut de formation.

Le directeur d'institut de formation fixe la durée des dérogations lorsqu'elles sont supérieures à un an ou en cas de demande de renouvellement, dans la limite de trois ans.

A titre transitoire, les personnes ayant bénéficié d'un report antérieurement à la publication du présent arrêté en conservent le bénéfice pendant la durée pour laquelle ce report avait été octroyé.

Toute personne ayant bénéficié d'un report d'admission doit, six mois avant la date de rentrée, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la rentrée suivante.

Le report est valable pour l'institut de formation en soins infirmiers dans lequel le candidat avait été précédemment admis.

Art. 23. – Les candidats aux épreuves de présélection ou de sélection ou à un examen d'admission présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent les instituts de formation.

Le directeur de l'institut met en œuvre les mesures d'aménagement préconisées.

TITRE II

DISPENSES DE SCOLARITÉ

Art. 24. – Les titulaires du diplôme d'Etat d'aide-soignant et du diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture justifiant de trois ans d'exercice en équivalent temps plein bénéficient d'une dispense de scolarité, sous réserve d'avoir réussi un examen d'admission, dans les conditions prévues à l'article 25.

Ils déposent dans chacun des instituts de formation où ils se présentent un dossier d'inscription comportant :

1° Une copie d'une pièce d'identité ;

2° Une copie de diplôme ;

3° Un ou plusieurs certificats du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé en qualité d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture.

Art. 25. – L'examen d'admission, d'une durée de deux heures, est organisé par le directeur de l'institut et soumis au même jury de sélection que celui visé à l'article 13.

Il consiste en une analyse écrite de trois situations professionnelles. Chaque situation fait l'objet d'une question.

Cet examen permet d'évaluer l'aptitude à poursuivre la formation, notamment les capacités d'écriture, d'analyse, de synthèse et les connaissances numériques.

Les candidats doivent obtenir une note au moins égale à 15 sur 30 à cette épreuve.

Le nombre total d'aides-soignants ou d'auxiliaires de puériculture admis par cette voie est inclus dans le quota de l'institut de formation et ne peut excéder 20 % de celui-ci.

Art. 26. – Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture ayant réussi l'examen d'admission prévu à l'article 24 sont dispensés des unités d'enseignement correspondant à la compétence 3 du référentiel infirmier défini à l'annexe II « Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens », soit :

UE 2.10.S1 « Infectiologie hygiène » ;

UE 4.1.S1 « Soins de confort et de bien-être » ;

UE 5.1.S1 « Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens ».

Ils sont également dispensés du stage de cinq semaines prévu au premier semestre.

Le temps dégagé par cette dispense de scolarité peut être consacré, après avis du conseil pédagogique, à favoriser l'adaptation de ces étudiants à la poursuite de leurs parcours.

Art. 27. – Les titulaires d'un diplôme d'infirmier ou autre titre ou certificat permettant l'exercice de la profession d'infirmier obtenu en dehors d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse peuvent bénéficier, sous réserve de réussite à des épreuves de sélection, d'une dispense de scolarité pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier. Ces épreuves sont organisées simultanément à celles des candidats visés à l'article 4 et sont évaluées par le même jury.

Art. 28. – Le nombre total de candidats admis dans un institut de formation en soins infirmiers au titre de l'article 27 au cours d'une année donnée s'ajoute au quota d'étudiants de première année attribué à cet institut pour l'année considérée, sans pouvoir excéder 2 % de ce quota. Lorsque l'application de ce pourcentage conduit à un nombre décimal, ce nombre est arrondi au nombre entier supérieur.

Art. 29. – Pour se présenter aux épreuves de sélection prévues à l'article 27, les candidats adressent à l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix un dossier d'inscription comportant :

1° La photocopie de leur diplôme d'infirmier (l'original sera fourni lors de l'admission en formation) ;

2° Un relevé du programme des études suivies, précisant le nombre d'heures de cours par matière et par année de formation, la durée et le contenu des stages cliniques effectués au cours de la formation ainsi que le dossier d'évaluation continue, le tout délivré et attesté par une autorité compétente du pays qui a délivré le diplôme ;

3° La traduction en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français de l'ensemble des documents prévus aux 1° et 2° ;

4° Un *curriculum vitae* ;

5° Une lettre de motivation.

Les dispositions du 2° ne s'appliquent pas aux candidats bénéficiant de la qualité de réfugié politique.

Art. 30. – Les épreuves de sélection sont au nombre de trois :

– une épreuve d'admissibilité ;

– deux épreuves d'admission.

L'épreuve d'admissibilité consiste en une épreuve écrite et anonyme comportant l'étude d'un cas clinique en rapport avec l'exercice professionnel infirmier suivi de cinq questions permettant, en particulier, d'apprécier la maîtrise de la langue française, les connaissances dans le domaine sanitaire et social, les capacités d'analyse et de synthèse et les connaissances numériques.

Cette épreuve, d'une durée de deux heures, est notée sur 20 points.

Pour être admissible, le candidat doit obtenir à cette épreuve une note au moins égale à 10 sur 20.

Les candidats déclarés admissibles par le jury sont autorisés à se présenter aux épreuves d'admission consistant en une épreuve orale et une mise en situation pratique, organisées au cours d'une même séance.

L'épreuve orale, d'une durée de trente minutes maximum, consiste en un entretien en langue française avec deux personnes membres du jury :

- un infirmier cadre de santé exerçant dans un institut de formation en soins infirmiers ;
- un infirmier cadre de santé exerçant en secteur de soins.

Cette épreuve permet, à partir de la lecture de son dossier d'inscription, d'apprécier le parcours professionnel du candidat et ses motivations. Elle est notée sur 20 points.

L'épreuve de mise en situation pratique, d'une durée d'une heure, dont quinze minutes de préparation, porte sur la réalisation de deux soins en rapport avec l'exercice professionnel infirmier.

Cette épreuve doit permettre aux deux mêmes membres du jury d'apprécier les capacités techniques et gestuelles des candidats. Elle est notée sur 20 points.

Pour être admis dans un institut de formation en soins infirmiers, les candidats doivent obtenir un total de points au moins égal à 30 sur 60 aux trois épreuves de sélection.

Art. 31. – A l'issue des épreuves d'admission et au vu des notes obtenues aux trois épreuves, le président du jury établit une liste principale et une liste complémentaire.

En cas d'égalité de points entre deux ou plusieurs candidats, le candidat le plus âgé est classé avant les autres.

Art. 32. – Le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers, après avis du conseil pédagogique, est habilité à dispenser les candidats admis en formation de certaines unités d'enseignement et de stages. Cette décision est prise en fonction du niveau de formation initiale d'infirmier des candidats, du résultat à l'examen d'admission prévu à l'article 30 et de leur expérience professionnelle.

Art. 33. – Sont autorisées à se présenter au jury du diplôme d'Etat d'infirmier prévu à l'article 62, dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix, les sages-femmes remplissant les conditions suivantes :

1° Etre titulaire du diplôme d'Etat français de sage-femme ou d'un diplôme admis pour l'exercice de la profession en France ou autorisées à exercer la profession de sage-femme en France en application des dispositions du code de la santé publique ;

2° Avoir exercé leur profession depuis au minimum deux ans à la date du dépôt de leur dossier dans un institut de formation en soins infirmiers ;

3° Avoir réalisé et validé un travail écrit et personnel de 15 à 20 pages, soit environ 50 000 signes, centré sur une problématique propre à la profession d'infirmier ;

4° Avoir réalisé un stage à temps complet d'une durée de cinq semaines permettant la validation de l'acquisition des compétences 1 et 4 définies à l'annexe II.

Les modalités du stage sont fixées par le directeur de l'institut de formation.

Le conseil pédagogique en est informé.

Art. 34. – Sont autorisés à se présenter au jury du diplôme d'Etat d'infirmier prévu à l'article 62, dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix, les médecins remplissant les conditions suivantes :

1° Etre titulaire d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine ou d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la médecine dans leur pays d'origine ;

2° Avoir réalisé et validé les unités d'enseignement UE 3.1.S1 et UE 3.1.S2 « Raisonnement et démarche clinique infirmière » ;

3° Avoir réalisé un stage à temps complet de soins infirmiers d'une durée de dix semaines permettant la validation des compétences 1, 2, 4 et 9 définies à l'annexe II ;

4° Avoir réalisé et validé un travail écrit et personnel de 15 à 20 pages, soit 50 000 signes environ, centré sur une problématique propre à la profession d'infirmier.

Les modalités d'organisation des unités d'enseignement et du stage sont fixées par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers choisi par le candidat, après avis du conseil pédagogique.

Art. 35. – Sont autorisés à se présenter au jury du diplôme d'Etat d'infirmier prévu à l'article 62, dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix, les étudiants en médecine remplissant les conditions suivantes :

1° Avoir validé la deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales ;

2° Avoir réalisé et validé les unités d'enseignement UE 3.1.S1 et UE 3.1.S2 « Raisonnement et démarche clinique infirmière » ;

3° Avoir réalisé deux stages à temps complet de soins infirmiers d'une durée totale de quinze semaines permettant la validation des compétences 1, 2, 4 et 9 définies à l'annexe II ;

4° Avoir réalisé et validé un travail écrit et personnel de 15 à 20 pages, soit 50 000 signes environ, centré sur une problématique propre à la profession d'infirmier.

Les modalités des stages sont fixées par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers choisi par le candidat après avis du conseil pédagogique.

Art. 36. – Bénéficient d'une dispense de la première année d'études d'infirmier dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix les personnes remplissant les conditions suivantes :

1° Être titulaire d'un diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ou d'ergothérapeute ou de pédicure-podologue ou de manipulateur d'électroradiologie médicale ou du diplôme d'assistant hospitalier des hospices civils de Lyon ou, pour les étudiants en médecine, pouvoir justifier de leur admission en deuxième année du deuxième cycle des études médicales ou, pour les étudiants sages-femmes, avoir validé la première année de la première phase ;

2° Avoir passé avec succès une épreuve écrite et anonyme consistant en un questionnaire portant sur chacune des unités d'enseignement de l'année considérée dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix, chargé de l'organisation de cette épreuve.

Pour être admis en deuxième année, les candidats concernés doivent obtenir une note au moins égale à 10 sur 20 à cette épreuve. Le conseil pédagogique en est informé.

Art. 37. – Les modalités de classement des candidats, d'affichage des résultats, de validité des résultats et de déroulement des épreuves prévues à l'article 14 sont applicables aux candidats visés par le titre II.

TITRE III

FORMATION ET CERTIFICATION

Art. 38. – La rentrée scolaire est fixée au premier lundi des mois de septembre et de février de chaque année.

L'inscription administrative est annuelle.

Le nombre d'inscriptions est limité à six fois sur l'ensemble du parcours de formation, soit deux fois par année. Le directeur de l'institut peut octroyer une ou plusieurs inscriptions supplémentaires après avis du conseil pédagogique.

L'inscription pédagogique s'effectue pour chaque unité d'enseignement. Elle est automatique et pour l'ensemble des unités d'enseignement de l'année lorsque l'étudiant s'inscrit pour une année complète de formation.

Art. 39. – La durée de la formation est de trois années, soit six semestres de vingt semaines chacun, équivalant à 4 200 heures.

La répartition des enseignements est la suivante :

1° La formation théorique de 2 100 heures, sous la forme de cours magistraux (750 heures), travaux dirigés (1 050 heures) et travail personnel guidé (300 heures) ;

2° La formation clinique de 2 100 heures.

Le travail personnel complémentaire est estimé à 900 heures environ, soit 300 heures par an.

L'ensemble, soit 5 100 heures, constitue la charge de travail de l'étudiant.

Art. 40. – Le contenu de la formation est défini aux annexes III, IV, V et VI.

Art. 41. – La présence lors des travaux dirigés et des stages est obligatoire. Certains enseignements en cours magistral peuvent l'être également, en fonction du projet pédagogique de l'institut.

Toute absence doit être justifiée par un certificat médical ou toute autre preuve attestant de l'impossibilité d'être présent à ces enseignements ou évaluations.

Art. 42. – Le diplôme d'Etat d'infirmier s'obtient par l'obtention des 180 crédits européens correspondant à l'acquisition des dix compétences du référentiel défini à l'annexe II :

1° 120 crédits européens pour les unités d'enseignement, dont les unités d'intégration ;

2° 60 crédits européens pour la formation clinique en stage.

Art. 43. – Chaque compétence s'obtient de façon cumulée :

1° Par la validation de la totalité des unités d'enseignement en relation avec la compétence ;

2° Par l'acquisition de l'ensemble des éléments de la compétence évalués lors des stages ;

3° Par la validation des actes, activités et techniques de soins évalués soit en stage, soit en institut de formation.

Art. 44. – L'évaluation des connaissances et des compétences est réalisée soit par un contrôle continu et régulier, soit par un examen terminal, soit par ces deux modes de contrôle combinés.

Art. 45. – L'organisation des épreuves d'évaluation et de validation est à la charge des instituts.

Cette organisation est présentée au conseil pédagogique en début d'année scolaire et les étudiants en sont informés.

La nature et les modalités de l'évaluation sont fixées pour chacune des unités d'enseignement dans le référentiel de formation défini à l'annexe V. La validation de chaque semestre s'obtient par l'acquisition de 30 crédits européens.

Art. 46. – La validation de plusieurs unités d'enseignement peut être organisée lors d'une même épreuve, les notes correspondant à chaque unité d'enseignement sont alors identifiables.

Le nombre de crédits affecté à chaque unité d'enseignement est utilisé comme coefficient pour le calcul des moyennes générales en fin de chaque semestre.

Art. 47. – L'acquisition des unités d'enseignement s'opère selon des principes de capitalisation et de compensation. Les unités d'enseignement sont définitivement acquises et capitalisables dès lors que l'étudiant a obtenu la moyenne à chacune d'entre elles, ou par application des modalités de compensation prévues ci-dessous.

Art. 48. – La compensation des notes s'opère entre deux unités d'enseignement d'un même semestre, en tenant compte des coefficients attribués aux unités, à condition qu'aucune des notes obtenues par le candidat pour ces unités ne soit inférieure à 9 sur 20. Les unités d'enseignement qui donnent droit à compensation entre elles sont les suivantes :

Au semestre 1, les unités d'enseignement :

- 1.1.S1 « Psychologie, sociologie, anthropologie » et 1.3.S1 « Législation, éthique, déontologie » ;
- 2.1.S1 « Biologie fondamentale » et 2.2.S1 « Cycles de la vie et grandes fonctions » ;
- 2.10.S1 « Infectiologie et hygiène » et 2.11.S1. « Pharmacologie et thérapeutiques ».

Au semestre 2, les unités d'enseignement :

- 1.1.S2 « Psychologie, sociologie, anthropologie » et 1.2.S2 « Santé publique et économie de la santé » ;
- 3.1.S2 « Raisonement et démarche clinique infirmière » et 3.2.S2 « Projet de soins infirmiers ».

Au semestre 3, les unités d'enseignement :

- 3.2.S3 « Projet de soins infirmiers » et 3.3.S3 « Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité » ;
- 4.2.S3 « Soins relationnels » et 4.6.S3 « Soins éducatifs et préventifs ».

Au semestre 4, les unités d'enseignement :

- 3.4.S4. « Initiation à la démarche de recherche » et 3.5.S4 « Encadrement des professionnels de soins » ;
- 4.3.S4 « Soins d'urgence » et 4.5.S4 « Soins infirmiers et gestion des risques ».

Au semestre 5, les unités d'enseignement :

- 4.2.S5 « Soins relationnels » et 4.7.S5 « Soins palliatifs et fin de vie ».

Les autres unités d'enseignement ne donnent jamais lieu à compensation.

Art. 49. – Les enseignements semestriels donnent lieu à deux sessions d'examen. La deuxième session concerne les rattrapages des deux semestres précédents, elle se déroule, en fonction de la date de rentrée, au plus tard en septembre ou en février de l'année considérée.

Lorsqu'une unité d'enseignement a été présentée aux deux sessions, la deuxième note est retenue.

En cas d'absence à une épreuve évaluant les unités d'enseignement, les étudiants sont admis à se représenter à la session suivante. Dans le cas d'une deuxième absence, l'étudiant est considéré comme n'ayant pas validé l'unité.

Art. 50. – Le passage de première en deuxième année s'effectue par la validation des semestres 1 et 2, ou par la validation d'un semestre complet, ou encore par la validation de 48 crédits sur 60 répartis sur les deux semestres de formation.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères et qui ont obtenu entre 30 et 47 crédits au cours des semestres 1 et 2 sont admis à redoubler. Ils peuvent suivre quelques unités d'enseignement de l'année supérieure après avis de la commission d'attribution des crédits de formation définie à l'article 59.

Les étudiants qui ont acquis moins de 30 crédits européens peuvent être autorisés à redoubler par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers après avis du conseil pédagogique.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des crédits acquis.

Art. 51. – Le passage de deuxième année en troisième année s'effectue par la validation des semestres 1, 2, 3 et 4 ou par la validation des semestres 1 et 2 et d'un des deux semestres 3 et 4, ou encore par la validation des deux premiers semestres et de 48 à 60 crédits répartis sur les semestres 3 et 4.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères et qui ont obtenu la validation des deux premiers semestres et entre 30 et 47 crédits au cours des semestres 3 et 4 sont admis à redoubler. Ils peuvent suivre quelques unités d'enseignement de l'année supérieure après avis de la commission d'attribution des crédits de formation définie à l'article 55.

Les étudiants qui ont validé les semestres 1 et 2 et qui n'ont pas obtenu 30 crédits sur les semestres 3 et 4 peuvent être autorisés à redoubler par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers après avis du conseil pédagogique.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des crédits acquis.

Art. 52. – Les étudiants admis en année supérieure sans pour autant avoir validé l'ensemble des unités d'enseignement requises à la validation totale d'une année sont autorisés à présenter les unités manquantes au cours de leur année de formation.

Art. 53. – En fin de troisième année, les étudiants qui n'ont pas obtenu 180 crédits sont autorisés à se présenter une nouvelle fois pour valider les unités d'enseignement manquantes ou les éléments des compétences en stage manquants. Les modalités de leur reprise sont organisées par l'équipe pédagogique, le conseil pédagogique en est informé.

Art. 54. – Lorsque l'étudiant fait le choix de se réorienter, un dispositif spécial de compensation lui permet d'obtenir à divers moments de son parcours un bilan global de ses résultats et la validation correspondant en crédits européens. Le cas échéant, un dispositif de soutien est mis en place.

Art. 55. – Le portfolio prévu à l'annexe VI comporte des éléments inscrits par l'étudiant et par les personnes responsables de l'encadrement en stage, tuteur ou maître de stage. A l'issue de chaque stage, les responsables de l'encadrement évaluent les acquisitions des éléments de chacune des compétences sur la base des critères et indicateurs notifiés dans le portfolio.

Le formateur de l'institut de formation, référent du suivi pédagogique de l'étudiant, prend connaissance des indications apportées sur le portfolio et propose à la commission d'attribution des crédits de formation définie à l'article 59 la validation du stage.

En cas de difficulté, un entretien entre le tuteur ou le maître de stage, le formateur de l'institut de formation et l'étudiant est préconisé. Son contenu est rapporté aux membres de la commission d'attribution des crédits de formation.

Art. 56. – Les crédits européens correspondant au stage sont attribués dès lors que l'étudiant remplit les conditions suivantes :

1° Avoir réalisé la totalité du stage, la présence sur chaque stage ne peut être inférieure à 80 % du temps prévu, dans la limite de la franchise autorisée par la réglementation ;

2° Avoir analysé des activités rencontrées en stage et en avoir inscrit les éléments sur le portfolio ;

3° Avoir mis en œuvre et validé les éléments des compétences requises dans une ou plusieurs situations ;

4° Avoir validé la capacité technique de réalisation des actes ou activités liés au stage effectué.

Art. 57. – L'acquisition des compétences en situation et l'acquisition des actes, activités et techniques de soins se font progressivement au cours de la formation.

Les étapes de l'acquisition minimum sont :

1° En fin de première année, l'acquisition de l'ensemble des éléments de la compétence 3 ;

2° En fin de deuxième année, l'acquisition de la moitié au moins des éléments des compétences 2, 4, 5, 6 et 9 ;

3° Lors du dernier stage, l'acquisition des éléments de l'ensemble des compétences.

L'évaluation des actes, activités et techniques de soins est faite au cours du parcours de stage, ou en institut de formation, le cas échéant.

Art. 58. – En cas de non-validation d'un stage, l'étudiant effectue un nouveau stage, dont les modalités sont définies par l'équipe pédagogique.

Art. 59. – Les crédits de formation sont attribués par une commission d'attribution des crédits. Elle est mise en place dans les instituts de formation en soins infirmiers, sous la responsabilité du directeur de l'institut, qui la préside.

Elle est composée des formateurs référents des étudiants infirmiers, d'un ou plusieurs représentants de l'enseignement universitaire, et d'un ou plusieurs représentants des tuteurs de stage.

Chaque semestre, excepté le dernier, le formateur responsable du suivi pédagogique présente à la commission d'attribution des crédits les résultats des étudiants afin que celle-ci se prononce sur l'attribution des crédits européens et sur la poursuite du parcours de l'étudiant. Lors du dernier semestre, les résultats sont présentés devant le jury d'attribution du diplôme.

Art. 60. – Les étudiants ayant validé les cinq premiers semestres de formation et ayant effectué la totalité des épreuves et des stages prévus pour la validation du semestre 6 sont autorisés à se présenter devant le jury régional d'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier.

Art. 61. – Le jury régional se prononce au vu de l'ensemble du dossier de l'étudiant.

Le dossier comporte :

1° La validation de l'ensemble des unités d'enseignement, dont les unités d'intégration ;

2° La validation de l'acquisition de l'ensemble des compétences en situation ;

3° La validation des actes, activités ou techniques réalisées en situation réelle ou simulée.

Art. 62. – Le jury régional, nommé par arrêté du préfet de région, sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, comprend :

- 1° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, président ;
- 2° Le directeur des soins exerçant la fonction de conseiller pédagogique régional ou de conseiller technique régional ;
- 3° Deux directeurs d'institut de formation en soins infirmiers ;
- 4° Un directeur de soins titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmier ;
- 5° Deux enseignants d'instituts de formation en soins infirmiers ;
- 6° Deux infirmiers en exercice depuis au moins trois ans et ayant participé à des évaluations en cours de scolarité ;
- 7° Un médecin participant à la formation des étudiants ;
- 8° Un enseignant-chercheur participant à la formation.

Si le nombre de candidats le justifie, le préfet de région peut augmenter le nombre de membres du jury.

Art. 63. – Le président du jury est responsable de la cohérence et du bon déroulement de l'ensemble du processus, de la validation des unités d'enseignement à la délivrance du diplôme. Il est responsable de l'établissement des procès-verbaux.

Le jury délibère souverainement à partir de l'ensemble des résultats obtenus par les candidats et la délivrance du diplôme est prononcée après la délibération du jury. Le procès-verbal de délibération est élaboré sous la responsabilité du président du jury et signé par lui.

Après proclamation des résultats, le jury est tenu de communiquer les notes aux étudiants. Les étudiants ont droit, en tant que de besoin et sur leur demande, dans les deux mois suivant la proclamation des résultats, à la communication de leurs résultats et à un entretien pédagogique explicatif.

Art. 64. – Les candidats ayant acquis l'ensemble des connaissances et des compétences, soit les 180 crédits européens, sont déclarés reçus au diplôme d'Etat d'infirmier.

La liste des candidats reçus est établie en séance plénière du jury prévu à l'article 62.

Art. 65. – Dans le cadre de la mobilité internationale, le diplôme est accompagné de l'annexe descriptive, dite « supplément au diplôme ».

Le parcours de formation permet la validation des périodes d'études effectuées à l'étranger. Lorsque le projet a été accepté par les responsables pédagogiques et que l'étudiant a obtenu la validation de sa période d'études par l'établissement étranger, il bénéficie des crédits européens correspondant à cette période d'études sur la base de 30 crédits pour l'ensemble des unités d'enseignement d'un semestre.

Lorsqu'un étudiant change d'institut de formation pour poursuivre son cursus dans une même formation, les crédits délivrés dans l'institut d'origine lui sont définitivement acquis. Il valide dans son nouvel institut les crédits manquant à l'obtention de son diplôme.

Art. 66. – Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux étudiants entrant en première année de formation à compter de la rentrée de septembre 2009.

Les étudiants ayant entrepris leurs études avant cette date restent régis par les dispositions antérieures.

A titre transitoire, les étudiants qui redoublent ou qui ont interrompu une formation suivie selon le programme défini par l'arrêté du 23 mars 1992 voient leur situation examinée par la commission d'attribution des crédits. Celle-ci formalise des propositions de réintégration qui sont soumises à l'avis conforme du conseil pédagogique.

Art. 67. – L'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier, l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers, l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, l'arrêté du 5 janvier 2004 relatif aux dispenses de scolarité susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier sollicitant l'autorisation d'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme français d'Etat d'infirmier sont abrogés.

Art. 68. – Les dispositions du présent arrêté sont applicables en Polynésie française.

Art. 69. – La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 31 juillet 2009.

Pour la ministre et par délégation :
*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR

Nota. – Les annexes seront publiées au *Bulletin officiel Santé, protection sociale, solidarité* n° 2009/7 du mois de juillet 2009.

Référentiel d'activités

Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'État ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

L'infirmier ou l'infirmière « donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu ».

L'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement. » Art. L. 4311-1 du CSP.

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et les infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles, et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. » Art. R. 4311-1 du CSP.

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. » Art. R. 4311-2.

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ».

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation

des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. » Art. R. 4311-3

L'infirmier exerce son métier dans le respect des articles R. 4311-1 à R. 4311-15 et R. 4312-1 à R. 4312-49 du code de la santé publique.

Définition du métier

Évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

Activités

1. Observation et recueil de données cliniques ;
2. Soins de confort et de bien-être ;
3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes ;
4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes ;
5. Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique ;
6. Coordination et organisation des activités et des soins ;
7. Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits ;
8. Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires ;
9. Veille professionnelle et recherche.

Activités détaillées

Les activités décrites sont celles qui sont le plus souvent réalisées ; elles ne sont pas exhaustives ; elles correspondent à l'état de la réflexion au jour de leur production et peuvent se voir modifier selon les modalités ou les lieux d'exercice, des connaissances ou des informations nouvelles, voire des organisations différentes.

1. Observation et recueil de données cliniques

Observation de l'état de santé d'une personne ou d'un groupe :

- examen clinique de la personne dans le cadre de la surveillance et de la planification des soins ;
- observation de l'apparence générale de la personne (hygiène, contact visuel, expression...) ;
- observation du niveau de conscience ;
- observation de signes pathologiques et de symptômes ;
- lecture de résultats d'examens.

Observation du comportement relationnel et social de la personne :

- observation du comportement sur les plans psychologique et affectif ;
- observation des modes de vie des personnes sur les plans sociologique et culturel ;
- observation de la dynamique d'un groupe ;
- observation des réactions face à un événement de la vie, à la maladie, à l'accident, ou à un problème de santé ;
- observation des interactions sociales ;

- observation des capacités de verbalisation ;
- observation du niveau d'inquiétude ou d'angoisse.

Mesure des paramètres :

- mesure des paramètres vitaux : pression artérielle... ;
- mesure des paramètres corporels : poids, taille, etc. ;
- mesure des paramètres complémentaires : saturation en oxygène...

Mesure du degré d'autonomie ou de la dépendance de la personne ;

- dans les activités de la vie quotidienne ;
- dans les activités plus complexes.

Mesure de la douleur :

- sur les plans quantitatif (échelles de mesure) et qualitatif (nature de la douleur, localisation...) ;
- mesure du retentissement de la douleur sur les activités de la vie quotidienne.

Recueil de données portant sur la connaissance de la personne ou du groupe :

- ressources et besoins de la personne ou du groupe ;
- informations concernant l'environnement, le contexte de vie sociale et familiale de la personne, ses ressources, ses projets ;
- histoire de vie et représentation de la maladie, récit des événements de santé ;
- degré de satisfaction de la personne quant à sa vie sociale, professionnelle, personnelle ;
- projets de la personne ;
- recueil des facteurs de risque dans une situation de soins ;
- recueil de l'expression de la personne pendant la réalisation des soins.

Recueil de données épidémiologiques :

- élaboration et exploitation de recueils de données par questionnaires d'enquête ;
- rassemblement d'informations à partir de bases de données démographiques, épidémiologiques ou de santé ;
- recueil de données statistiques visant des populations ciblées.

2. Soins de confort et de bien-être

Réalisation de soins et d'activités liés à l'hygiène personnelle :

- soins d'hygiène partiels ou complets en fonction du degré d'autonomie de la personne ;
- aide totale ou partielle à l'habillage et au déshabillage.

Réalisation de soins et d'activités liés à l'alimentation :

- surveillance de l'hygiène alimentaire de la personne ;
- aide partielle ou totale au choix des repas et à leur prise ;
- surveillance de l'hydratation et aide à la prise de boisson régulière.

Réalisation des soins et d'activités liés à l'élimination :

- surveillance de l'élimination ;
- aide à l'élimination selon le degré d'autonomie de la personne ;
- contrôle de la propreté du matériel lié à l'élimination.

Réalisation des soins et d'activités liés au repos et au sommeil :

- installation de la personne pour le repos et le sommeil ;
- surveillance du repos ou du sommeil de la personne ;
- réfection d'un lit occupé et hygiène de la chambre ;
- organisation d'un environnement favorable à la tranquillité, au repos et au sommeil.

Réalisation de soins et d'activités liés à la mobilisation :

- installation de la personne dans une position en rapport avec sa dépendance ;
- modification des points d'appui de la personne en vue de la prévention des escarres ;
- lever de la personne et aide au déplacement ;

– mobilisation de la personne.

Réalisation de soins et d'activités liés à la conscience et à l'état d'éveil :

- surveillance de la conscience ;
- surveillance de l'orientation temporo-spatiale ;
- réalisation d'activités de jeux ou d'éveil pour stimuler la personne.

Réalisation de soins visant le bien-être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique :

- toucher à visée de bien-être ;
- organisation de l'environnement en rapport avec le bien-être et la sécurité de la personne ;
- aide à la relaxation ;
- valorisation de l'image corporelle, de l'estime de soi et des ressources de la personne.

Réalisation d'activités occupationnelles et/ou de médiation :

- activités visant à l'animation ou à l'occupation de la personne en lien avec son âge et son autonomie ;
- activités visant à maintenir le lien social ;
- activités visant à maintenir le niveau cognitif, et la mémoire.

3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes

Accueil de la personne soignée et de son entourage :

- entretien d'accueil de la personne en institution de soins, d'éducation, ou en entreprise ;
- prise de contact et entretien avec la ou les personnes pour la réalisation de soins au domicile ;
- présentation des personnes, des rythmes, des installations et des services mis à disposition pour soigner ;
- recueil de l'adhésion ou de la non-adhésion de la personne à ses soins ;
- vérification des connaissances de la personne ou du groupe sur la maladie, le traitement ou la prévention.

Ecoute de la personne et de son entourage :

- relation d'aide et soutien psychologique ;
- entretien d'accompagnement et de soutien ;
- médiation entre des personnes et des groupes ;
- accompagnement de la personne dans une information progressive ;
- entretiens de suivi auprès de la personne, de sa famille et de son entourage.

Information et conseils sur la santé en direction d'une personne ou d'un groupe de personnes :

- vérification de la compréhension des informations et recueil du consentement aux soins ;
- information sur les soins techniques, médicaux, les examens, les interventions et les thérapies ;
- informations et conseils éducatifs et préventifs en matière de santé ;
- conseils à l'entourage de la personne ou du groupe : famille, amis, personnes ressources dans l'environnement (milieu du travail, milieu scolaire...) ;
- informations sur les droits de la personne, l'organisation des soins et les moyens mobilisables... ;
- entretien d'éducation et conseils visant à renforcer ou promouvoir des comportements adéquats pour la santé, ou modifier des comportements non adéquats ;
- entretien d'aide visant à la réalisation de choix de santé par la personne.

Information et éducation d'un groupe de personnes :

- création et organisation de conditions nécessaires à la dynamique du groupe ;
- animation de séances éducatives et d'actions de prévention ;

- transmission de connaissances aux personnes à propos de leur santé.

4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes

Surveillance des fonctions vitales

Surveillance de personnes ayant bénéficié de soins d'examens ou d'appareillages :

- surveillance de personnes ayant bénéficié d'examens médicaux : ponctions, injections ou ingestion de produits... ;
- surveillance des personnes ayant reçu des traitements, contrôle de l'efficacité du traitement et des effets secondaires ;
- surveillance de personnes porteuses de perfusions, transfusions, cathéters, sondes, drains, matériels d'aspiration ;
- surveillance de personnes porteuses de montages d'accès vasculaires implantés ;
- surveillance de personnes porteuses de pompe pour analgésie (PCA...) ;
- surveillance de personnes immobiles ou porteuses de dispositif de contention ;
- surveillance de personnes placées sous ventilation assistée, ou sous oxygénothérapie ;
- surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale... ;
- surveillance des personnes en assistance nutritive ;
- surveillance de l'état cutané : plaies, cicatrisation, pansements ;
- surveillance de personnes stomisées ;
- surveillances de personnes ayant reçu des traitements spécifiques : électroconvulsivothérapie, enveloppements humides,... ;
- surveillance de personnes en phase en pré et postopératoire.

Surveillance de personnes en situation potentielle de risque pour elles-mêmes ou pour autrui :

- surveillance de personnes présentant des tendances suicidaires ;
- surveillance de personnes placées dans des lieux nécessitant une sécurisation : chambre d'isolement, unités protégées, etc. ;
- surveillance de personnes confuses ou agitées nécessitant un contrôle renforcé et régulier ;
- surveillance de personnes potentiellement fragiles, ou en situation de risque d'accident ;
- surveillance de personnes nécessitant une contention momentanée ;
- activités visant à la protection contre les risques de maltraitance ;
- activités visant à la protection des personnes en risque de chute.

Surveillance de personnes au cours de situations spécifiques liées au cycle de la vie :

- surveillance des personnes pendant la grossesse et la naissance ;
- surveillance de personnes ayant à vivre une situation difficile : deuil, perte du travail, amputation, modification de l'image corporelle... ;
- surveillance de personnes proches de la fin de vie ;
- surveillance de personnes ayant à vivre une situation douloureuse ou de crise.

5. Soins et activités à visée préventive, diagnostique, thérapeutique

Réalisation de soins à visée préventive :

- vaccinations ;
- dépistage de différents risques : maltraitance, risques liés au travail,... ;
- entretiens à visée préventive ;
- éducation thérapeutique d'une personne soignée ;
- éducation individuelle et collective pour la santé ;
- actions de préventions des risques liés aux soins.

Réalisations de soins à visée diagnostique :

- entretien infirmier à visée diagnostique ;

- examen clinique à visée diagnostique ;
- entretien d'évaluation de la douleur ;
- prélèvements biologiques ;
- explorations fonctionnelles ;
- enregistrement et lecture de tracés relatifs au fonctionnement des organes ;
- tests.

Réalisation de soins à visée thérapeutique :

- entretien infirmier d'aide thérapeutique ;
- entretien de médiation ;
- administration de médicaments et de produits par voies orale, entérale, parentérale ;
- administration de produits par instillation, ou lavage dans les yeux, les sinus ou les oreilles ;
- administration de produits par pulvérisation sur la peau et en direction des muqueuses ;
- administration de produits médicamenteux par sonde ou poire dans les organes creux ;
- réalisation de soins visant la fonction respiratoire : aspiration de sécrétions, oxygénothérapie... ;
- réalisation de soins visant l'intégrité cutanée : soins de plaies, pansements ;
- réalisation de soins de plaie, de réparation cutanée, d'application de topique, d'immobilisation ou de contention ;
- réalisation de soins de stomies ;
- réalisation de soins visant à la thermorégulation ;
- réalisation de soins visant aux cures de sevrage et de sommeil ;
- actions de rééducation vésicale : calendrier mictionnel, reprogrammation.

Réalisation de soins visant à la santé psychologique ou mentale :

- activités à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
- activités ludiques à visée d'éveil ou de maintien de la conscience ou de la mémoire ;
- activités à visée socio-thérapeutique ;
- contrôle et suivi des engagements thérapeutiques, des contrats et des objectifs de soins.

Réalisation de soins visant au soulagement de la souffrance :

- activités de relaxation (respiration, toucher, paroles, visualisation positive...) ;
- entretien spécifique de relation d'aide : verbalisation, reformulation, visualisation positive...

Réalisation de soins en situation spécifique :

- soins en situation d'urgence ;
- soins en situation de crise ;
- soins en situation palliative ou en fin de vie ;
- toilette et soins mortuaires ;
- soins dans les transports sanitaires urgents et médicalisés ;
- assistance du médecin en consultation et lors de certains actes médicaux.

6. Coordination et organisation des activités et des soins

Organisation de soins et d'activités :

- élaboration, formalisation et rédaction d'un projet de soins ou d'un projet de vie personnalisé ;
- élaboration d'une démarche de soins infirmiers pour une personne ou pour un groupe ;
- planification des activités dans une unité de soins pour un groupe de personnes pris en charge, pour la journée et à moyen terme ;
- planification et organisation de consultations : dossier, traçabilité ;
- répartition d'activités et de soins entre les différents membres d'une équipe de soins dans le cadre de la collaboration ;

– mesures de la charge de travail en vue de répartir les activités.

Coordination des activités et suivi des parcours de soins ;

- coordination de ses activités avec les services prestataires : laboratoire, radio... ;
- coordination des activités et des prises en charge entre les différents lieux sanitaires, sociaux, et médico-sociaux, le domicile, la maison de repos.... ;
- coordination des intervenants médico-sociaux ;
- contrôle et suivi du cheminement des examens ;
- intervention au cours de réunion de coordination.

Enregistrement des données sur le dossier du patient et les différents supports de soins :

- rédaction, lecture et actualisation du dossier de soins ou de documents de santé accompagnant la personne ;
- enregistrement de données cliniques et administratives ;
- rédaction et transmission de documents de suivi pour la continuité de soins ;
- enregistrement des informations sur les supports d'organisation : planification, bons de demande d'examen... ;
- recueil et enregistrement d'information sur logiciels informatiques.

Suivi et traçabilité d'opérations visant à la qualité et la sécurité :

- enregistrement de données spécifiques à la gestion des risques et à la mise en œuvre des procédures de vigilance sanitaire ;
- enregistrement et contrôle des données sur la qualité des pratiques ;
- enregistrement et vérification des données de traçabilité spécifiques à certaines activités ;
- établissement de comptes rendus dans le cadre de mise en œuvre des soins d'urgence ou de traitement antalgique.

Actualisation des documents d'organisation des soins :

- réalisation et actualisation des protocoles de soins infirmiers ;
- réalisation d'outils d'organisation des activités de soins.

Transmission d'informations :

- transmission orale d'informations recueillies vers les médecins et les professionnels de santé ;
- transmission d'informations à partir de différents documents utilisés pour les soins : dossiers, feuilles... ;
- prise de parole en réunion de synthèse ou de transmission entre équipes de soins ;
- transmission d'informations orales et écrites aux professionnels de la santé pour un suivi de la prise en charge ;
- transmission orale d'informations à la famille, aux proches de la personne soignée ou aux aides à domicile ;
- réponse téléphonique à des demandes émanant de la personne soignée, des professionnels de santé et du social, ou des proches ;
- élaboration de résumés cliniques infirmiers.

Interventions en réunion institutionnelle :

- interventions lors de réunions de travail ou institutionnelles ;
- préparation de synthèses cliniques.

7. Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits

Préparation et remise en état de matériel ou de locaux :

- préparation du matériel et des lieux pour chaque intervention soignante ;
- préparation du dossier et mise à disposition des éléments nécessaires à la situation.

Réalisation et contrôle des opérations de désinfection et de stérilisation :

- vérification de la propreté du matériel utilisé dans la chambre et pour les soins ;

- vérification des indicateurs de stérilisation du matériel ;
- vérification de l'intégrité des emballages ;
- réalisation des différentes étapes de traitement du matériel : désinfection, stérilisation...

Conduite d'opérations de contrôle de la qualité en hygiène :

- réalisation de protocoles de pré désinfection, de nettoyage, de désinfection ou de stérilisation
- élaboration de protocoles de soins infirmiers ;
- application des règles d'hygiène concernant le matériel et contrôle de leur respect.

Conduite d'opération d'élimination des déchets :

- réalisation de l'élimination des déchets en fonction des circuits, de la réglementation et des protocoles établis.

Commande de matériel :

- commande de matériel d'utilisation quotidienne ou moins fréquente ;
- commande de produits pharmaceutiques, de dispositifs médicaux ;
- commande de produits et de matériels divers.

Rangement et gestion des stocks :

- organisation du chariot d'urgences et des chariots de soins ;
- rangement et gestion des stocks de matériel et de produits ;
- rangement et gestion de dotations de stupéfiants.

Contrôle de la fiabilité des matériels et des produits :

- contrôle de l'état des stocks et du matériel ;
- contrôle de l'état des dotations de pharmacie ;
- contrôle de l'état du chariot d'urgence ;
- contrôle de la fiabilité des matériels.

8. Formation et information des nouveaux personnels et des stagiaires

Accueil de stagiaire ou de nouveau personnel :

- accueil de stagiaire ou de nouveau personnel ;
- délivrance d'information et de conseil aux stagiaires ou au nouveau personnel ;
- élaboration de documents de présentation du service ou d'accueil ;
- contrôle du niveau de connaissance, des acquis professionnels et du projet professionnel ;
- élaboration en équipe du projet ou du protocole d'encadrement.

Conseil et formation dans l'équipe de travail :

- conseils et informations aux membres de l'équipe de soins et de l'équipe pluridisciplinaire ;
- réajustement d'activités réalisées par des stagiaires ou des nouveaux personnels en vue d'apprentissage ;
- explications sur les modalités du soin, et accompagnement afin de transmettre les valeurs soignantes, l'expertise nécessaire, et l'organisation du travail ;
- encadrement de l'équipe travaillant en collaboration avec l'infirmier.

Réalisation de prestation de formation :

- intervention en institut de formation ;
- réalisation de cours ou intervention sur la pratique professionnelle ;
- démonstration de soins réalisés dans un but pédagogique ;
- information, conseil et formation en santé publique (tutorat...).

Contrôle des prestations des stagiaires de diverses origines :

- contrôle au quotidien dans l'ensemble des situations professionnelles ;
- renseignement des documents de suivi ;
- réalisation des feuilles d'évaluation des stagiaires ;
- contrôle de prestations au cours des mises en situation professionnelle.

9. Veille professionnelle et recherche

Relation avec des réseaux professionnels :

- lecture de revues professionnelles ;
- lecture de travaux de recherche en soins ;
- constitution et alimentation d'une base d'information sur la profession d'infirmier et les connaissances professionnelles ;
- recherche sur des bases de données existantes dans les domaines du soin et de la santé ;
- recherche, sur les bases de données existantes, des recommandations de bonnes pratiques.

Rédaction de documents professionnels et de recherche :

- réalisation d'études et de travaux de recherche dans le domaine des soins ;
- réalisation de publication à usage de ses pairs et/ou d'autres professionnels de santé ;
- rédaction de protocoles ou de procédures ;
- accompagnement de travaux professionnels.

Bilan sur les pratiques professionnelles :

- échanges de pratiques professionnelles avec ses pairs ou avec d'autres professionnels de la santé ;
- apport d'éléments dans le cadre d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques ou dans le cadre d'évaluation de pratiques professionnelles ;
- mise en place de débats sur les éléments éthiques dans un contexte de soins ;
- veille professionnelle et réglementaire.

Référentiel de compétences

Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'État ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

Compétences

1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Compétences détaillées :

Compétence 1

Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

1. Évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique ;
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...) ;
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution ;
4. Conduire un entretien de recueil de données ;
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé ;
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives ;
7. Élaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires ;
8. Évaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires.

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ?

Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?

Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée.
Plusieurs sources d'information sont utilisées (personnes, dossiers, outils de transmission...) ;
Tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe ;
Les informations utilisées sont mises à jour et fiables ;
Des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée, la sélection est pertinente.
2. Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe.
Les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins de la personne ;
Le recueil des informations (entretien, observation, échanges avec la famille...) est réalisé dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles ;
Les informations sélectionnées sont priorisées.
3. Pertinence du diagnostic de situation clinique posé.
Le diagnostic de situation et/ou le diagnostic infirmier s'appuie sur une analyse pertinente des différentes informations et sur la mise en relation de l'ensemble des éléments recueillis ;
La situation de santé est analysée de manière multidimensionnelle ;
Les signes d'urgence ou de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sont repérés ;
Le lien entre les éléments recueillis est expliqué ;
Le raisonnement clinique utilisé et la démarche d'analyse des informations sont expliqués ;
Les connaissances utilisées sont précisées.

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet de soins infirmier

1. Élaborer un projet de soins dans un contexte de pluri professionnalité ;
2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations ;
3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité, de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité ;
4. Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées ;
5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien ;
6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins ;
7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants ;
9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, staff professionnel...) ;
10. Évaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires.

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ?

Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?

Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers.

Le projet prend en compte les informations recueillies sur toutes les dimensions de la situation;

Le projet comporte des objectifs, des actions, des modes d'évaluation ;

Le projet de soins est réalisé (si possible) avec la personne soignée ;

Il y a adéquation entre le projet et l'évaluation de la situation ;

Les actions prévues sont en adéquation avec le contexte et les ressources ;

Les étapes du parcours de soins sont identifiées ;

Les choix et les priorités sont expliqués et justifiés ;

Les réajustements nécessaires sont argumentés.

2. Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins.

Les objectifs de soins et les actions posées sont négociés avec la personne, sa famille ou son entourage ;

Les réactions du patient sont décrites ;

Le consentement du patient est recherché, et des explications sur la manière dont les réactions du patient ont été prises en compte sont données.

Compétence 3

Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

1. Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage ;

2. Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps ;

3. Évaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité ;

4. Adapter et sécuriser l'environnement de la personne ;

5. Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer

ou de maintenir son état physique et psychique ;

6. Évaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins.

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire

que la compétence est maîtrisée ?

Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?

Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne.

Les activités proposées prennent en compte les besoins de la personne ;

Les ressources de la personne sont mobilisées pour maintenir ou restaurer son autonomie.

2. Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques.
La pudeur et l'intimité de la personne sont respectées ;
Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées ;
Les moyens mobilisés sont adaptés à la situation ;
Les conditions de bien-être, de confort et de qualité de vie de la personne sont vérifiées ;
Les principes d'ergonomie et de sécurité sont connus et appliqués dans les soins et les différentes activités ;
Les règles de l'hydratation et de la diététique sont connues et expliquées.
3. Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention.
Les risques liés à la situation et la manière de les prévenir sont repérés et expliqués.

Compétence 4

Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

1. Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste ;
2. Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène et d'asepsie ;
3. Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements ;
4. Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne ;
5. Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux ;
6. Conduire une relation d'aide thérapeutique ;
7. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapeutique ;
8. Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne ;
9. Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique ;
10. Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonnes pratiques ;
11. Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, comptes rendus infirmiers, transmissions...).

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire
que la compétence est maîtrisée ?
Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?
Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques.
Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ;
Les règles de qualité, traçabilité sont respectées ;
Les contrôles de conformité (prescription, réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ;

Toute action est expliquée au patient ;
Une attention est portée à la personne ;
La préparation, le déroulement de l'examen et la surveillance après réalisation sont conformes aux protocoles et modes opératoires ;
Les gestes sont réalisés avec dextérité ;
La prévention de la douleur générée par le soin est mise en œuvre ;
La procédure d'hémovigilance est respectée.

2. Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifeste.
La thérapeutique administrée est conforme à la prescription ;
Les anomalies manifestes sont identifiées et signalées.

3. Exactitude du calcul de dose.
Aucune erreur dans différentes situations de calcul de dose.

4. Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et réalisation d'examens.
Les effets attendus et/ou secondaires sont repérés ;
La douleur est évaluée de manière fiable et une réponse appropriée est mise en œuvre ;
Les thérapeutiques antalgiques sont adaptées dans le cadre des protocoles.

5. Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention.
Les risques liés à l'administration des thérapeutiques et aux examens sont expliqués ;
Les différentes étapes de la procédure d'hémovigilance sont expliquées au regard des risques associés ;
Les risques et les mesures de prévention des accidents d'exposition au sang sont expliqués ;
Les risques liés à un défaut de traçabilité sont connus et les règles de traçabilité expliquées.

6. Justesse d'utilisation des appareillages et DM conforme aux bonnes pratiques.
L'utilisation des appareillages et DM est conforme au mode opératoire ;
Le choix et l'utilisation des appareillages et DM sont adaptés à la situation.

7. Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques.
Les techniques d'entretien thérapeutique sont utilisées ;
La dynamique relationnelle est analysée ;
Les changements de discours et/ou de comportement après entretien sont observés et restitués à l'équipe.

8. Fiabilité et pertinence des données de traçabilité.
La synthèse des informations concernant les soins et les activités réalisées est en adéquation avec les données de la situation ;
La traçabilité des données est opérée dans les temps, elle est claire, réalisée dans le respect de la confidentialité et conforme aux règles de bonnes pratiques ;
Une synthèse claire de la situation de la personne est faite et restituée aux professionnels concernés ;
Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

Compétence 5

Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

1. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique ;
2. Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement ;
3. Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé... ;
4. Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées ;
5. Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives ;
6. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes ;
7. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients.

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire
que la compétence est maîtrisée ?

Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?

Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Pertinence de la séquence éducative.

Les besoins et les demandes ont été repérés, analysés et pris en compte ;

Les ressources de la personne et du groupe sont identifiées et mobilisées ;

La séquence est adaptée à la situation de la personne ou du groupe.

2. Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs.

La personne est prise en compte dans la mise en œuvre de l'action ;

La participation de la personne ou du groupe est recherchée ;

Les techniques et les outils pédagogiques utilisés sont adaptés et leur utilisation évaluée ;

Les actions réalisées sont évaluées.

3. Pertinence de la démarche de promotion de la santé. La démarche de promotion de la santé est adaptée à la population cible ;

Les informations sont analysées en tenant compte de l'ensemble des paramètres des situations

Les objectifs et les actions correspondent aux résultats escomptés, aux ressources et aux contextes.

Compétence 6

Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne ;

2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte ;

3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication ;
4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique ;
5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement ;
6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité ;
7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées.

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire
que la compétence est maîtrisée ?
Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?
Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle.

La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte ;

Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées ;

Les besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées.

2. Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage.

Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre ;

Une attention est portée à la personne ;

La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient ;

Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne ;

La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant-soigné et vise au respect de la personne.

3. Justesse dans la recherche du consentement du patient. Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire.

Compétence 7

Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle ;
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels ;
3. Évaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée ;
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques ;

5. Évaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité ;
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire
que la compétence est maîtrisée ?

Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?

Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée.

L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée.

2. Pertinence de l'analyse dans l'application des règles :

– de qualité, sécurité, ergonomie ;

– de traçabilité ;

– liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets.

Les non-conformités sont identifiées ;

Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations ;

Les risques de non-traçabilité sont explicités ;

Le circuit de la gestion des déchets est expliqué ;

Les propositions de réajustement sont pertinentes.

3. Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation.

Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée ;

Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte.

4. Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés.

Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaires aux soins et pour le matériel d'urgence ;

Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages, sont contrôlés.

5. Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail.

La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques ;

Les difficultés et les erreurs sont identifiées ;

Les causes sont analysées ;

Des améliorations sont proposées ;

Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse ;

La satisfaction de la personne soignée est prise en compte.

Compétence 8

Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

1. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles ;
2. Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement ;
3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées ;
4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles ;
5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre ;
6. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite.

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ?

Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?

Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée.

Les données scientifiques pertinentes sont recherchées ;

Les éléments d'information pertinents sont recherchés dans les documents professionnels et scientifiques ;

Les bases documentaires sont utilisées ;

Des explications sont données sur le choix des données sélectionnées au regard d'une problématique donnée, la sélection est pertinente ;

Les méthodes et outils d'investigation choisis dans un cadre donné sont adaptés (enquêtes, questionnaires...).

2. Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel.

Des questions pertinentes sont posées en relation avec les problématiques professionnelles.

Compétence 9

Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...);
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences ;
3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité ;
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile ;
5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale ;
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins ;
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes ;

8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral.

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire
que la compétence est maîtrisée ?

Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?

Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs.

Les autres professionnels de santé sont sollicités à bon escient ;

Les ressources externes sont identifiées ;

La répartition des activités est conforme au champ de compétences des intervenants.

2. Cohérence dans la continuité des soins.

Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités ;

L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ;

Le contrôle des soins confiés est réalisé ;

La continuité et la traçabilité des soins sont assurées.

3. Fiabilité et pertinence des informations transmises.

Toutes les informations requises sont transmises aux professionnels de santé concernés dans les délais ;

Les informations transmises sont pertinentes, fiables et sélectionnées avec discernement dans le respect de la réglementation et de la protection du patient (traçabilité, comptabilité, liaison avec les organismes de remboursement...) ;

Une synthèse claire de la situation de la personne est restituée ;

Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

Compétence 10

Informier, former des professionnels et des personnes en formation

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins ;

2. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants ;

3. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage ;

4. Superviser et évaluer les actions des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médicopsychologiques en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration ;

5. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique ;

6. Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé.

Critères d'évaluation :

Qu'est-ce qui permet de dire
que la compétence est maîtrisée ?

Que veut-on vérifier ?

Indicateurs :

Quels signes visibles peut-on observer ?

Quels signes apportent de bonnes indications ?

1. Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant.

Les soins relevant du rôle propre et qui peuvent faire l'objet d'une collaboration avec les aides-soignants sont identifiés et pris en compte dans l'action ;

La pratique d'un aide-soignant dans le cadre de la collaboration est évaluée et les erreurs signalées.

2. Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire.

Une démarche d'accueil est mise en œuvre et les informations nécessaires sont transmises ;

Les explications nécessaires sont apportées à un stagiaire ;

La transmission de savoir-faire est assurée avec pédagogie en conformité avec le niveau de formation du stagiaire.

Référentiel de formation

La formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité.

1. Finalités de la formation

Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle.

L'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel.

L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement.

L'étudiant développe une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction.

Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées.

2. Principes pédagogiques

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.

Le référentiel de formation met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, la mobilisation de ces connaissances et savoir-faire dans des situations de soins, et, s'appuyant sur la maîtrise des concepts, la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles.

La formation est structurée autour de l'étude de situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage :

- « comprendre » : l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations ;
- « agir » : l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action;
- « transférer » : l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.

Le référentiel de formation est organisé pour mettre en relation les connaissances à acquérir et le développement des compétences requises. Les unités d'intégration mobilisent

l'ensemble des savoirs autour des situations professionnelles. La progression dans l'acquisition des compétences est formalisée sur le portfolio.

Le parcours de formation tient compte de la progression de chaque étudiant dans sa manière d'acquérir les compétences. Ce parcours développe ainsi l'autonomie et la responsabilité de l'étudiant, qui construit son cheminement vers la professionnalisation. Les contenus de formation tiennent compte de l'évolution des savoirs et de la science. Ils sont actualisés en fonction de l'état des connaissances. Ils font une place à l'enseignement des sciences et des techniques infirmières.

La posture réflexive

L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence.

Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables.

Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc., tout ce qui contribue à fixer les savoirs et à les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux.

La posture pédagogique

Les modalités pédagogiques sont orientées vers la construction de savoirs par l'étudiant. Elles relèvent d'une pédagogie différenciée. Elles s'appuient sur des valeurs humanistes ouvertes à la diversité des situations vécues par les personnes.

Le formateur développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique. Il trouve des moyens qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences.

Le formateur se centre sur des exercices faisant le lien entre l'observation et les hypothèses de diagnostic, entre les signes et les comportements, entre une histoire de vie et une situation ponctuelle, entre l'état du patient et son traitement, etc. Il aide à l'acquisition d'une démarche comportant les problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif.

Les principes d'évaluation et de validation :

Les formes et contenus de l'évaluation sont en adéquation avec les principes pédagogiques.

Pour la validation des unités d'enseignement, une démarche de liaison entre les différents acquis sera favorisée.

La validation des unités d'intégration reposera sur :

– l'utilisation des différents acquis en lien avec une situation ;

– la mobilisation active et dynamique de ces acquis et la mise en œuvre des compétences ciblées par l'unité dans une ou plusieurs situations.

La validation des stages reposera sur :

– la mise en œuvre des compétences requises dans une ou plusieurs situations.

3. Durée de la formation

Le référentiel de formation est construit par alternance entre des temps de formation théorique réalisés dans les instituts de formation et des temps de formation clinique réalisés sur les lieux où sont réalisées des activités de soins.

L'enseignement en institut de formation est dispensé sur la base de 35 heures par semaine, dont les modalités sont prévues par les responsables de l'IFSI.

La durée de présence en stage est de 35 heures par semaine dont les modalités d'organisation sont prévues par les responsables de l'encadrement de stage.

La présence lors des travaux dirigés et des stages est obligatoire. Certains enseignements en cours magistral peuvent l'être en fonction du projet pédagogique.

4. Attribution des crédits européens

Le référentiel donne lieu à l'attribution des crédits conformément au système européen de transferts de crédits « European Credits Transfer System » (ECTS). Les principes qui président à l'affectation des crédits sont de 30 crédits par semestre de formation.

La notion de charge de travail de l'étudiant prend en compte toutes les activités de formation (cours, séminaires, stages, mémoire, travail personnel, évaluations...) et toutes les formes d'enseignement (présentiel, à distance, en ligne...).

Le diplôme d'État d'infirmier sanctionne un niveau validé par l'obtention de 180 crédits européens.

La charge de travail de l'étudiant est évaluée à 25 heures de travail par crédit d'enseignement réalisé à l'IFSI et 35 heures par crédit pour l'enseignement en stage.

La méthodologie proposée par l'ECTS donne les instruments appropriés pour établir la transparence et faciliter la reconnaissance académique. Cette reconnaissance est une condition impérative de la mobilité étudiante.

Répartition des 180 crédits européens

1. Enseignement en institut de formation : 120 ECTS, dont :

- sciences contributives au métier infirmier : 42 ECTS ;
- sciences et rôles infirmiers : 66 ECTS ;
- UE transversales : 12 ECTS.

2. Enseignement clinique en 7 stages : 60 ECTS :

- S1, un stage de 5 semaines ;
- S2, S3, S4, S5, un stage de 10 semaines;
- S6, un stage de 15 semaines au total en deux périodes de 10 semaines au maximum.

5. Formation théorique

Le référentiel de formation propose des unités d'enseignement (UE) de quatre types :

- des unités d'enseignement dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers ;
- des unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences infirmières ;
- des unités d'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation ;
- des unités de méthodologie et de savoirs transversaux.

Les objectifs pédagogiques, les contenus et les modalités d'évaluation sont décrits dans les fiches pédagogiques de chacune des UE. Ces documents sont mis à la disposition des étudiants.

Modalités pédagogiques :

Les enseignements sont réalisés sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, travaux personnels (rédaction de mémoire, travaux guidés ou en autonomie...) et stages.

Les cours magistraux (CM) sont des cours dont le contenu est plutôt « théorique », donnés par un enseignant dans des salles de type amphithéâtre devant un public généralement nombreux.

Les travaux dirigés (TD) sont des temps d'enseignement obligatoire réunissant au maximum 25 étudiants. Ces cours servent à illustrer, approfondir et compléter un cours magistral en introduisant des données nouvelles qui peuvent être théoriques ou pratiques, à réaliser des exposés, exercices, travaux divers et à travailler sur des situations cliniques.

Certaines matières nécessitent de majorer le nombre d'enseignements en TD afin de réaliser une formation au plus près des besoins des étudiants, visant l'individualisation des apprentissages par l'utilisation de méthodes interactives.

Certains travaux pratiques nécessaires à la formation infirmière, certaines recherches, études, conduite de projets ou d'action pédagogiques entrent dans cette catégorie d'enseignement et peuvent nécessiter la composition de groupes encore plus petits.

Les travaux personnels guidés (TPG) sont des temps de travail où les étudiants effectuent eux-mêmes certaines recherches ou études, préparent des exposés, des écrits, des projets, réalisent des travaux demandés ou encore rencontrent leur formateur et bénéficient d'entretiens de suivi pédagogique. Ces temps individuels sont guidés par les formateurs qui vérifient si les étudiants sont en capacité d'utiliser ces temps en autonomie ou ont besoin d'un encadrement de proximité.

Les unités d'enseignement (UE) :

Les unités d'enseignement sont thématiques, elles comportent des objectifs de formation, des contenus, une durée, des modalités et critères de validation. Elles donnent lieu à une valorisation en crédits européens. La place des unités d'enseignement dans le référentiel de formation permet des liens entre elles et une progression de l'apprentissage des étudiants.

Les savoirs qui les composent sont ancrés dans la réalité et actualisés. Du temps personnel est réservé dans chacune d'entre elles.

Les unités d'intégration (UI) :

Les unités d'intégration sont des unités d'enseignement qui portent sur l'étude des situations de soins ou situations « cliniques ». Elles comportent des analyses de situations préparées par les formateurs, des mises en situation simulées, des analyses des situations vécues en stage et des travaux de transposition à de nouvelles situations.

Dans chaque semestre est placée une unité d'intégration dont les savoirs et savoir-faire ont été acquis lors du semestre en cours ou ceux antérieurs. Les savoirs évalués lors de cet enseignement sont ceux en relation avec la ou les compétences citées.

Les UI doivent permettre à l'étudiant d'utiliser des concepts et de mobiliser un ensemble de connaissances. Le formateur aide l'étudiant à reconnaître la singularité des situations tout en identifiant les concepts transférables à d'autres situations de soins.

La validation de l'unité d'intégration ne signifie pas la validation de la totalité de la compétence qui ne sera acquise qu'après validation de l'ensemble des unités d'enseignement de la compétence et des éléments acquis en stage.

Les études de situations dans l'apprentissage :

Des situations professionnelles apprenantes sont choisies avec des professionnels en activité. Ces situations sont utilisées comme moyens pédagogiques, elles sont analysées avec l'aide de professionnels expérimentés. Les étudiants construisent leurs savoirs à partir de l'étude de ces situations en s'appuyant sur la littérature professionnelle et grâce aux interactions entre leur savoir acquis et celui des condisciples, enseignants, équipes de travail. Ils apprennent à confronter leurs connaissances et leurs idées et travaillent sur la recherche de sens dans leurs actions. L'auto-analyse est favorisée dans une logique de « contextualisation et décontextualisation » et devient un mode d'acquisition de connaissances et de compétences.

L'analyse des réalités professionnelles sur des temps de retour d'expérience en IFSI (laboratoire, supervision, exploitation de stage, jeux de rôle...) est favorisée. Une large place est faite à l'étude de représentations, à l'analyse des conflits socio-cognitifs par la médiation du formateur, aux travaux entre pairs et à l'évaluation formative.

Des liens forts sont établis entre le terrain et l'institution de formation, aussi les dispositifs pédagogiques et les projets d'encadrement en stage sont-ils construits entre des représentants des IFSI et des lieux de soins et sont largement partagés.

Unités d'enseignement :

Les unités d'enseignement sont en lien les unes avec les autres et contribuent à l'acquisition des compétences. Elles couvrent six champs :

1. Sciences humaines, sociales et droit ;
2. Sciences biologiques et médicales ;
3. Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ;
4. Sciences et techniques infirmières, interventions ;
5. Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ;
6. Méthodes de travail.

Le référentiel de formation du diplôme d'État d'infirmier est ainsi constitué de 36 matières de formation réparties dans 59 unités d'enseignement pour permettre une progression pédagogique cohérente.

Liaison entre les unités d'enseignement et l'acquisition des compétences :

Chaque UE contribue à l'acquisition des compétences du référentiel, selon le schéma suivant :

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 1 : « Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier »

- UE 2.3.S2 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie ;
- UE 3.1.S1 Raisonnement et démarche clinique infirmière ;
- UE 3.1.S2 Raisonnement et démarche clinique infirmière.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 2 : « Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers »

- UE 3.2.S2 Projet de soins infirmiers ;
- UE 3.2.S3 Projet de soins infirmiers.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 3

« Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens »

- UE 2.10.S1 Infectiologie hygiène ;
- UE 4.1.S1 Soins de confort et de bien-être.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 4

« Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique »

- UE 2.1.S1 Biologie fondamentale ;
- UE 2.2.S1 Cycles de la vie et grandes fonctions ;
- UE 2.4.S1 Processus traumatiques ;
- UE 2.5.S3 Processus inflammatoires et infectieux ;
- UE 2.6.S2 Processus psychopathologiques ;
- UE 2.6.S5 Processus psychopathologiques ;
- UE 2.7.S4 Défaillances organiques et processus dégénératifs ;
- UE 2.8.S3 Processus obstructifs ;
- UE 2.9.S5 Processus tumoraux ;
- UE 2.11.S1 Pharmacologie et thérapeutiques ;
- UE 2.11.S3 Pharmacologie et thérapeutiques ;
- UE 2.11.S5 Pharmacologie et thérapeutiques ;
- UE 4.3.S2 Soins d'urgence ;
- UE 4.3.S4 Soins d'urgence ;
- UE 4.4.S2 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical ;
- UE 4.4.S4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical ;
- UE 4.4.S5 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical ;
- UE 4.7.S5 Soins palliatifs et de fin de vie.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 5 : « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs »

- UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé ;
- UE 1.2.S3 Santé publique et économie de la santé ;
- UE 4.6.S3 Soins éducatifs et préventifs ;
- UE 4.6.S4 Soins éducatifs et préventifs.

Unités d’enseignement en relation avec la compétence 6 : « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins »

– UE 1.1.S1

Psychologie, sociologie, anthropologie ;

– UE 1.1.S2 Psychologie, sociologie, anthropologie ;

– UE 4.2.S2 Soins relationnels ;

– UE 4.2.S3 Soins relationnels ;

– UE 4.2.S5 Soins relationnels.

Unités d’enseignement en relation avec la compétence 7 : « Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle »

– UE 4.5.S2 Soins infirmiers et gestion des risques ;

– UE 4.5.S4 Soins infirmiers et gestion des risques ;

– UE 1.3.S1 Législation, éthique, déontologie ;

– UE 1.3.S4 Législation, éthique, déontologie ;

– UE 4.8.S6 Qualité des soins et évaluation des pratiques.

Unités d’enseignement en relation avec la compétence 8 : « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques »

– UE 3.4.S4 Initiation à la démarche de recherche ;

– UE 3.4.S6 Initiation à la démarche de recherche.

Les deux unités transversales contribuent également à l’acquisition de cette compétence :

– UE 6.1 Méthodes de travail et TIC ;

– UE 6.2 Anglais.

Unités d’enseignement en relation avec la compétence 9 : « Organiser et coordonner des interventions soignantes »

– UE 3.3.S3 Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité ;

– UE 3.3.S5 Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité.

Unités d’enseignement en relation avec la compétence 10 : « Informer et former des professionnels et des personnes en formation »

– UE 3.5.S4 Encadrement des professionnels de soin.

Dans chacun des semestres, une unité d’intégration concourt à l’acquisition d’une ou plusieurs compétences. Sont ainsi combinés et mobilisés les ressources, savoirs et savoir-faire, acquis dans les UE du semestre en cours puis, progressivement, des semestres précédents.

Au semestre 1 : UE 5.1.S1 Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens ;

Au semestre 2 : UE 5.2.S2 Évaluation d’une situation clinique ;

Au semestre 3 : UE 5.3.S3 Communication et conduite de projet ;

Au semestre 4 : UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires ;

Au semestre 5 : UE 5.5.S5 Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins ;
Au semestre 6 : UE 5.5.S6 Analyse de la qualité des soins et traitement des données scientifiques et professionnelles.

A ces unités d'enseignement s'ajoutent les deux unités optionnelles. Celles-ci se déroulent au cours des deux derniers semestres (5 et 6). Elles permettent d'approfondir un domaine d'exercice de la fonction infirmière et de mener une réflexion sur un choix possible d'orientation à la sortie de la formation.

6. Formation clinique en stage

Modalités pédagogiques :

L'enseignement clinique des infirmiers s'effectue au cours de périodes de stages dans des milieux professionnels en lien avec la santé et les soins. Ces périodes alternent avec les périodes d'enseignement en institut de formation.

Selon la directive européenne 2005/36/CE :

« L'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises. »

Pendant les temps de stage l'étudiant se trouve confronté à la pratique soignante auprès des patients, il se forme en réalisant des activités et en les analysant au sein des équipes professionnelles. Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans les activités sont mis en évidence par les professionnels qui encadrent le stagiaire et par les formateurs dans les rencontres avant, pendant et après la mise en stage des étudiants.

Ainsi, les stages sont à la fois des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des situations.

Le retour sur la pratique, la réflexion et le questionnement sont accompagnés par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un formateur. Ceci contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière.

L'étudiant construit ses compétences en agissant avec les professionnels et en inscrivant dans son portfolio les éléments d'analyse de ses activités, ce qui l'aide à mesurer sa progression.

Les objectifs de stage.

Les objectifs de stage tiennent compte à la fois des ressources des stages, des besoins des étudiants en rapport avec l'étape de leur cursus de formation, et des demandes individuelles des étudiants.

Le stage doit permettre aux étudiants :

- d'acquérir des connaissances ;
- d'acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels ;
- d'exercer son jugement et ses habiletés gestuelles ;
- de centrer son écoute sur la personne soignée et proposer des soins de qualité ;

- de prendre progressivement des initiatives et des responsabilités ;
- de reconnaître ses émotions et les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose ;
- de prendre la distance nécessaire et de canaliser ses émotions et ses inquiétudes ;
- de mesurer ses acquisitions dans chacune des compétences ;
- de confronter ses idées, ses opinions et ses manières de faire à celles de professionnels et d'autres étudiants.

Les besoins de l'étudiant sont formalisés :

- dans le référentiel de compétences et le référentiel de formation, connus des personnes qui guident les étudiants ;
- dans le portfolio que l'étudiant présentera dès le premier jour du stage et qu'il devra remplir avec le tuteur au long du déroulé du stage.

Les objectifs de stage sont négociés avec le lieu du stage à partir des ressources de celui-ci. Ils sont rédigés et inscrits dans le portfolio de l'étudiant.

Les responsables de l'encadrement

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et d'un professionnel de proximité au quotidien. Ces trois fonctions peuvent être exercées par la même personne pour des raisons d'organisation ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes. Ainsi, toujours placé sous la responsabilité d'un professionnel, l'étudiant acquiert progressivement une façon de plus en plus autonome d'exercer son futur métier.

Ce mode d'organisation ne modifie en rien la hiérarchie dans les établissements et des lieux d'encadrement. La direction des soins demeure responsable de l'encadrement des étudiants en stage et, est garante de la charte d'encadrement.

Le maître de stage :

Il représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Il s'agit le plus souvent du cadre de santé. Il exerce des fonctions de management et de responsabilité sur l'ensemble du stage.

Il est le garant de la qualité de l'encadrement. Il met en place les moyens nécessaires à ce dernier et veille à l'établissement d'un livret d'accueil spécifique (cf. chapitre « Qualification et agrément des stages ») ainsi qu'à la diffusion et à l'application de la charte d'encadrement. Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation pour l'ensemble des stagiaires placés sur le territoire dont il a la responsabilité, et règle les questions en cas de litige ou de conflit. Il accueille l'ensemble des étudiants affectés à sa zone d'exercice.

Le tuteur de stage :

Les missions spécifiques du tuteur sont décrites dans le livret d'accueil.

Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage. Il est volontaire pour exercer cette fonction, il peut le faire temporairement et sur une zone à délimiter (pôle, unité...). Professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement d'étudiants. Il connaît bien les référentiels d'activités, de compétences et de formation des futurs professionnels qu'il encadre. Chaque étudiant connaît son tuteur de stage et ses missions.

Le tuteur assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers. Le tuteur peut accompagner plusieurs stagiaires et les recevoir ensemble lors de leur

accueil ou de séquences de travail. Il peut leur proposer des échanges autour des situations ou des questions rencontrées. Il facilite l'accès des étudiants aux divers moyens de formation proposés sur les lieux de stage, les met en relation avec des personnes ressources et favorise, en liaison avec le maître de stage, l'accès aux services collaborant avec le lieu de stage en vue de comprendre l'ensemble du processus de soin (exemple : stérilisation centrale, bloc opératoire, consultation, etc.).

Le tuteur a des relations régulières avec le formateur de l'institut de formation, référent du stage. Il propose des solutions en cas de difficultés ou de conflits.

Le tuteur évalue la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences après avoir demandé l'avis des professionnels qui ont travaillé en proximité avec l'étudiant. Il formalise cette progression sur le portfolio lors des entretiens avec l'étudiant en cours et à la fin du stage.

La désignation des tuteurs relève des missions de l'encadrement professionnel sur la base de critères de compétences, d'expérience et de formation. Le tuteur est placé sous la responsabilité d'un cadre professionnel.

Les professionnels de proximité

Ils représentent la fonction d'encadrement pédagogique au quotidien. Ils sont présents avec l'étudiant lors des séquences de travail de celui-ci, le guident de façon proximale, lui expliquent les actions, nomment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes, etc.

Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage, ils l'encouragent dans ses recherches et sa progression.

Plusieurs personnes peuvent assurer ce rôle sur un même lieu de travail en fonction de l'organisation des équipes.

Ils consultent le portfolio de l'étudiant afin de cibler les situations, activités ou soins devant lesquels l'étudiant pourra être placé.

Ils ont des contacts avec le tuteur afin de faire le point sur l'encadrement de l'étudiant de manière régulière.

Le formateur de l'IFSI référent de stage :

Les IFSI désignent un formateur référent pour chacun des stages l'étudiant connaît le formateur référent du stage.

Le formateur référent est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure.

Il est également en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser.

Il a accès aux lieux de stage et peut venir encadrer un étudiant sur sa propre demande, celle de l'étudiant, ou celle du tuteur de stage.

Durée et répartition des stages :

Les stages ont une durée de 60 semaines, soit 2 100 heures pour les trois ans :

Sur la base de 35 heures/semaine :

Durée des stages pour la première année : 15 semaines, soit : 5 semaines en S1 et 10 semaines en S2.

Durée des stages pour la deuxième année : 20 semaines, soit : 10 semaines en S3 et 10 semaines en S4.

Durée des stages pour la troisième année : 25 semaines, soit : 10 semaines en S5 et 15 semaines en S6.

Pour une rentrée en février, les semestres sont de février à fin août et de septembre à février.

Parcours de l'étudiant en stage :

Quatre types de stages sont prévus, ils sont représentatifs de « familles de situations », c'est-à-dire des lieux où l'étudiant rencontre des spécificités dans la prise en soins :

1. Soins de courte durée : l'étudiant s'adresse à des personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements publics ou privés.
2. Soins en santé mentale et en psychiatrie : l'étudiant s'adresse à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie.
3. Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation : l'étudiant s'adresse à des personnes qui requièrent des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, en établissement dans un but de réinsertion, ou une surveillance constante et des soins en hébergement.
4. Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie : l'étudiant s'adresse à des personnes ou des groupes qui se trouvent dans des lieux de vie (domicile, travail, école...).

Le parcours de stage des étudiants comporte un stage minimum dans chacun des types de stage décrits ci-dessus.

Les étudiants peuvent effectuer leur stage dans une unité, un pôle dont les activités sont de même nature, une structure ou auprès d'une personne, selon l'organisation et le choix du stage.

Le stage du premier semestre est de 5 semaines, il s'effectue dans un même lieu.

Les stages des semestres 2, 3, 4, et 5 ont une durée de 10 semaines. Dans un objectif de professionnalisation, chaque stage de 10 semaines est réalisé dans un même lieu en une ou deux périodes.

Cependant, pour des raisons d'intérêt pédagogique, les 10 semaines d'un même semestre peuvent s'effectuer sur deux lieux de stage différents.

Les stages du semestre 6 sont réalisés sur deux lieux différents, la période maximale demeure de 10 semaines. Le choix de l'un de ces stages peut être laissé à l'étudiant en fonction de son projet professionnel et en accord avec l'équipe pédagogique.

Les stages s'effectuent sur la base de 35 heures par semaine. Les horaires varient en fonction des lieux d'accueil et des modalités d'apprentissage. Les horaires de nuit, de fin de semaine ou de jours fériés sont possibles dès lors que l'étudiant bénéficie d'un encadrement de qualité.

Pour mieux comprendre le parcours des personnes soignées et insérer le stage dans un contexte environnemental, les étudiants peuvent se rendre quelques jours sur d'autres lieux, rencontrer des personnes ressources ou visiter des sites professionnels. Toutes ces modifications donnent lieu à traçabilité.

Pendant la durée des stages, le formateur de l'IFSI référent du stage organise, en lien avec l'équipe pédagogique, le tuteur et le maître de stage, soit sur les lieux de stage, soit en IFSI, des regroupements des étudiants d'un ou de quelques jours. Ces regroupements entre les étudiants, les formateurs et les professionnels permettent de réaliser des analyses de la pratique professionnelle.

Qualification et agrément des stages :

Les lieux de stage sont choisis en fonction des ressources qu'ils peuvent offrir aux étudiants. Ils accueillent un ou plusieurs étudiants. Un stage est reconnu « qualifiant » lorsque le maître de stage se porte garant de la mise à disposition des ressources, notamment la présence de professionnels qualifiés et des activités permettant un réel apprentissage.

En outre, les critères de qualification d'un stage sont :

L'établissement d'une charte d'encadrement

La charte d'encadrement est établie entre l'établissement d'accueil et les IFSI partenaires. Elle est portée à la connaissance des étudiants. Elle formalise les engagements des deux parties dans l'encadrement des étudiants.

L'établissement d'un livret d'accueil et d'encadrement

La charte est complétée par un livret d'accueil spécifique à chaque lieu de stage ; celui-ci comporte notamment :

- les éléments d'information nécessaires à la compréhension du fonctionnement du lieu de stage (type de service ou d'unité, population soignée, pathologies traitées, etc.) ;
- les situations les plus fréquentes devant lesquelles l'étudiant pourra se trouver ;
- les actes et activités qui lui seront proposés ;
- les éléments de compétences plus spécifiques qu'il pourra acquérir ;
- la liste des ressources offertes à l'étudiant dans le stage ;
- les modalités d'encadrement : conditions de l'accueil individualisé de l'étudiant, établissement d'un tutorat nominatif, prévision d'entretiens à mi-parcours, prévision des entretiens d'évaluation ;
- les règles d'organisation en stage : horaires, tenue vestimentaire, présence, obligations diverses.

L'établissement d'une convention de stage

La convention est établie pour les stages organisés en dehors de l'établissement sur lequel est implanté l'IFSI. Elle est tripartite. Elle est signée par l'établissement d'enseignement, l'établissement d'accueil et l'étudiant. Elle précise les conditions d'accueil dans un stage précis et les engagements de chaque partie. Elle note la durée du stage et précise les modalités de son évaluation et de sa validation dans la formation du stagiaire.

Cette convention peut être établie annuellement et comporter des avenants pour chaque stage.

Évaluation des compétences en stages :

Le portfolio de l'étudiant est un outil qui sert à mesurer la progression de l'étudiant en stage. Il est centré sur l'acquisition des compétences, des activités et des actes infirmiers.

Il comporte plusieurs parties remplies lors de chaque stage :

- des éléments sur le cursus de formation de l'étudiant, écrits par celui-ci avant son arrivée en stage ;
- des éléments d'analyse de la pratique de l'étudiant à partir des activités réalisées en stage, rédigés par l'étudiant ;
- des éléments d'acquisition des compétences au regard des critères cités, qui sont remplis par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement, lors de l'entretien d'évaluation du stage.

Les indicateurs permettent aux professionnels d'argumenter les éléments sur lesquels les étudiants doivent progresser ;

- des éléments sur la réalisation des actes, des activités ou des techniques de soins, à remplir par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement et l'étudiant, pendant le stage ;
- un bilan, réalisé par le tuteur, de la progression de l'étudiant lors de chacun des stages.

L'acquisition des éléments de chaque compétence et des activités techniques est progressive, chaque étudiant peut avancer à son rythme, à condition de répondre aux exigences minimales portées dans l'arrêté de formation.

Chaque semestre, le formateur de l'IFSI responsable du suivi pédagogique de l'étudiant fait le bilan des acquisitions avec celui-ci. Il conseille l'étudiant et le guide pour la suite de son parcours. Il peut être amené à modifier le parcours de stage au vu des éléments contenus dans le portfolio.

Annexe 3 : Guides des entretiens collectifs

Guide d'entretien collectif 1

Présentation de chaque étudiant :

Représentation de l'infirmier :

Quelle est image qu'ils se font de l'infirmier ? Qui est-il ? Que fait-il ?

Choix et intérêt de la profession

Rôle, fonctions : repérage du rôle infirmier en fonction des différentes compétences : techniques, relationnelles, organisationnelles

Place dans l'institution médicale

Relations avec les autres professionnels (médecins, AS), les patients...

Représentation des stages :

Place et rôle des stages dans la formation. Comment les ESI appréhendent-ils les stages ?

Catégorisation des IFSI :

Choix de l'IFSI d'appartenance : positif ou négatif

« Réputation » des IFSI

L'encadrement pédagogique

La formation assurée

Guide d'entretien collectif 2

Présentation de chaque étudiant :

Acquisitions des compétences :

Rôles des stages et de l'IFSI

Déclinaisons des différentes compétences et proportion perçue de chacune : techniques, relationnelles et organisationnelles

Identité infirmière :

De l'ESI : écart avec début de la formation

Renvoyée par les professionnels de terrain : place dans l'institution médicale et relations avec les autres professionnels (médecins, AS), les patients...

Renvoyée par l'IFSI

Catégorisation des IFSI :

Choix de l'IFSI d'appartenance : positif ou négatif

« Réputation » des IFSI

L'encadrement pédagogique

La formation assurée

Annexe 4 Entretiens des étudiants de 1^{ère} année

Extraits E1 CRF1 G1 (33'40)

- 1
2
3 F : mariée, deux enfants, j'habite dans le blayais, mon père était agent SNCF, ma mère était
4 faisant fonction d'aide-soignante ; mon parcours : BEP de vente, puis un bac professionnel de
5 vente et de représentation, j'ai travaillé dans la profession un peu plus d'une dizaine d'années,
6 par la suite j'ai changé de profession, j'ai passé mon diplôme d'aide-soignante que j'ai réussi,
7 et maintenant je suis à l'école d'infirmières. J'ai 39 ans et suis en PPH (Promotion
8 Professionnelle).
9
- 10 FL : 21 ans, (*Rires*), mon père était militaire maintenant il est conducteur de tramway, ma
11 mère est employée du ministère de la défense, elle travaille dans une caserne en tant que
12 personnel civil, j'ai eu un bac S, j'ai fait deux premières années de fac de médecine, une année
13 de psycho, et me voilà en école d'infirmières.
14
- 15 Z: 21 ans, j'ai eu un bac scientifique j'ai fait une année de sciences, puis deux années de
16 médecine (*rires*). Mes parents habitent au Maroc : mon père est ingénieur dans les travaux
17 publics, ma mère est employée fonctionnaire.
18
- 19 E : j'ai 21 ans, j'ai eu un bac scientifique, mes deux parents sont médecins. J'ai fait deux
20 premières années en médecine et ensuite une prépa pour le concours d'entrée à l'école
21 d'infirmières. Mes parents habitent dans les Landes.
22
- 23 CB : vous souvenez-vous l'image que vous aviez de l'infirmière avant de rentrer à l'école ?
24 Vous êtes rentrée le 6 septembre 2010.
25
- 26 F : moi, en tant que soignante, ce qui a changé pour moi c'est la prise de conscience des
27 responsabilités de l'infirmière. Je savais qu'elle en avait, mais je ne savais pas que c'était
28 autant. Ce qui me fait dire ça, c'est tous les cours que l'on a eus ici. Ce n'est pas que cela me
29 fait peur mais je n'avais pas conscience qu'il y en avait autant. Je pensais que l'infirmière était
30 un peu plus entourée. A priori, ce n'est pas le cas.
31
- 32 CB : entourée, c'est-à-dire ?
33
- 34 F : par le médecin, une équipe. Ce qui ressort, c'est que ce n'est pas le cas. (*Les trois autres
35 acquiescent*). On verra après le premier stage, mais ce n'est vraiment pas l'impression que j'en
36 ai aujourd'hui.
37
- 38 FL : moi c'est pareil. Cette prise de responsabilité, la prise d'initiative, le travail. Cette
39 initiative indépendamment des autres, tout en travaillant en équipe et en gardant une
40 communication avec les autres. Ce qui a changé aussi, c'est que je me suis rendu compte de
41 l'ampleur de la part du relationnel dans les soins. Avant, je voyais surtout le côté technique.
42
- 43 Z: pour moi, l'image de l'infirmière n'a pas vraiment changé, à part un peu la responsabilité.
44 Comme j'ai fait une prépa, j'ai fait un stage, et je connaissais à peu près le travail de
45 l'infirmière : entourer le patient, travailler en équipe pluridisciplinaire... Ça n'a pas trop
46 changé.
47
- 48 Z : oui. Mais aussi le côté technique
49
- 50 E : comme Z. Mon image de l'infirmière n'a pas trop changé pour l'instant. Je pense que ça
51 sera à partir du premier stage que je verrai vraiment la différence. J'ai fait un stage
52 d'observation en suivant une infirmière libérale. Donc le côté technique je connaissais. Ici on
53 nous a beaucoup parlé du côté relationnel : comment entrer dans une chambre de patients,

54 comment entrer en contact avec le patient etc. De ce côté-là, sur ce côté-là, ma vision a un peu
55 changé.
56
57 CB : et ce dont parlait F, les responsabilités...
58
59 E : ça non. Je savais déjà que l'infirmière avait énormément de responsabilités.
60
61 F : je savais qu'il y en avait énormément, mais apparemment, ce qui ressort des cours, c'est
62 que l'infirmière travaille seule : elle a son rôle prescrit par le médecin, ensuite elle est livrée à
63 elle-même. Elle gère les prescriptions, les observations du malade, que ce soit pour faire un
64 soin techniques ou un soin de confort, ou encore pour transmettre aux médecins.
65
66 CB : et ça dans votre travail de soignante, vous ne l'aviez pas perçu ?
67
68 F : en tant qu'aide-soignante, on a beaucoup plus de relations avec le patient, très peu avec les
69 médecins. Assez peu aussi avec les infirmières. Personnellement, j'ai travaillé dans très peu de
70 soins,... Heu ! de services. Surtout la stérilisation. Mais le peu que j'ai vu dans les services, je
71 n'avais pas la notion qu'elle était toute seule.
72
73 CB : toute seule, vous aussi, vous aviez cette notion, vous êtes d'accord avec ça ?
74
75 E : s'il lui arrive un problème, elle est entièrement responsable. Ensuite dans son travail, elle
76 n'est pas toute seule. C'est toujours avec les autres. C'est face à ses responsabilités, qu'elle doit
77 assumer ce qu'elle a fait, elle se retrouve toute seule.
78
79 FL : non, moi je rejoins F. Ce n'est pas seulement dans la prise de responsabilités, mais aussi
80 dans la prise d'initiatives : c'est elle qui observe le patient. La prise en charge est globale, et
81 tout le monde doit communiquer. C'est un travail d'équipe. Mais on nous a bien dit quand on a
82 vu par exemple la toilette, le travail en binôme avec une aide-soignante, qu'il ne fallait pas
83 s'attendre à ça, que l'on sera toute seule.
84
85 F : l'aide-soignante fait les toilettes toute seule, pendant que l'infirmière va faire ses
86 pansements. Il est très rare que l'on travaille à deux.
87
88 FL : je pense que l'équipe est plus là si on a besoin de parler, d'un soutien professionnel ou
89 moral, elle est comme une sorte de référence : pour nous soutenir, nous diriger, pour nous
90 accompagner dans notre propre rôle.
91
92 *Fl. n'oublie pas le dictaphone. Rit souvent.*
93
94 CB : et là, vous vous placez en tant que future professionnelle ou étudiante ?
95
96 FL : en tant que futurs professionnels ! On part en stage bientôt. Il faut imaginer ce qu'on va
97 nous demander, ce qui va se passer... Pour le premier stage, on sait qu'on va être
98 accompagné, encadré, qu'on ne nous laissera pas faire n'importe quoi. On ne sera pas toute
99 seule
100
101 E : surtout avec la nouvelle réforme qui nous permet d'avoir un tuteur en stage, qui nous
102 accompagnera vraiment pendant tout le stage, c'est lui qui va nous aider à remplir le portfolio,
103 c'est lui qui parlera avec les formatrices de la Croix-Rouge. C'est un accompagnement plus
104 accentué qu'avant.
105
106 CB : comment appréhendez-vous ce premier stage ?
107

108 Z : avec impatience. On connaît nos lieux de stage, les disciplines de stage. Je vais en maison
109 de retraite, en EHPAD : ce sont des personnes âgées dépendantes
110
111 E : moi aussi EHPAD
112
113 FL : en crèche
114
115 F : en maison de retraite spécialisée pour les anciens combattants... (*Rire général*) il me tarde
116 de repartir sur le terrain. Je n'ai pas peur. Mais rester assise 8H sur une chaise, à 40 ans je n'ai
117 plus l'habitude. Agir !
118
119 FL : moi je ne suis pas pressée. Ça arrivera quand ça arrivera. Je n'ai pas envie que ça arrive
120 le plus tard possible mais pas maintenant non plus. Elles ont déjà une vision des services, ou
121 fait un stage, pas moi. Moi j'ai un peu d'appréhension : je ne sais pas trop comment ça va se
122 passer, comment on va me prendre en charge, ce qu'il faut faire ou ne pas faire. Je n'ai pas
123 peur mais je ne suis pas pressée non plus.
124
125 CB : vous allez en crèche, lieu d'accueil d'enfants sains...
126
127 FL : ah oui, oui ! Je suis plus contente d'aller en crèche qu'en maison de retraite.
128
129 CB : ici, vous êtes donc à la Croix-Rouge, aviez-vous présenté d'autres concours ? (*Rires*)
130
131 FL : tous ceux d'Aquitaine
132
133 CB : tous ceux d'Aquitaine !
134
135 FL : non, tous ceux de Bordeaux. (*Rires*) c'est que je n'ai pas déjeuné ce matin. En fait j'ai
136 passé les quatre concours de Bordeaux. Pas Libourne parce que c'est trop loin de Bordeaux.
137
138 E : pareil : Bordeaux, Toulouse et Pau
139
140 Z : moi j'ai fait pire : Paris et Cambrai parce qu'on m'a dit qu'il fallait tenter des concours dans
141 le nord, parce que tout le monde tente des concours dans le sud. Pour Cambrai, sur 150
142 candidats inscrits, à l'écrit on n'était que 70 pour 80 place ! (*Rires*) j'ai été reçue à l'oral mais
143 je ne suis pas allée le passer. Ça m'a fait peur c'est un tout petit village.
144
145 F : j'en ai passé trois à Bordeaux, et 2 hors Bordeaux : le CHU, Charles Perrens, Marmande et
146 Périgueux. J'ai passé l'oral à Périgueux et à la Croix-Rouge, je n'ai eu que la Croix-Rouge.
147
148 E : j'étais prise à Toulouse, j'étais partie à Toulouse quand on m'a avertie une semaine avant la
149 rentrée que j'étais prise à la Croix-Rouge. Comme j'avais déjà un logement à Bordeaux, j'ai
150 fait demi-tour.
151
152 Z : à part l'oral de Cambrai, je n'ai eu que l'oral de la Croix-Rouge.
153
154 F : Marmande et Périgueux, c'était stratégique, pour m'entraîner à passer les concours. Le
155 CHU ne finançait que l'école de Pellegrin. Je devais même aller passer le concours de Saintes.
156 Et puis, il a été possible d'être financé même dans une école hors CHU. Encore là, j'ai eu de la
157 chance, car c'est une école privée et payante et j'ai été quand même financée. J'ai une bonne
158 étoile. Car les frais de scolarité sont élevés, 1000 €.
159
160 FL : le prix du concours est le plus cher aussi. Ça sélectionne déjà. (*Les autres sont d'accord*).
161 Moi je n'ai pas dit mais c'est peut-être important pour votre truc : j'ai passé tous les autres
162 oraux sauf celui de Bagatelle.
163

164 CB : vous auriez aimé aller à Bagatelle ?
165

166 FL : non. Dessus il y avait écrit « maison protestante » et moi je ne suis pas protestante.
167 (*Rires*) non mais je dis ça pour rigoler. En fait, c'est le premier choix que j'aurais fait car c'est
168 le plus proche de chez moi.
169

170 F : je n'aime pas cette école, le climat. D'ailleurs je ne devais pas présenter la Croix-Rouge
171 non plus, j'ai envoyé le dossier la veille de la clôture. Je n'aime pas Bagatelle je ne sais pas
172 pourquoi. Même quand j'ai passé le concours aide-soignante je n'ai pas présenté celui de
173 Bagatelle.
174

175 E : j'ai eu l'oral à Xavier Arnoz, Toulouse et la Croix-Rouge.
176

177 FL : moi j'aurais bien aimé entrer à Charles Perrens. L'écrit était difficile (*les autres sont*
178 *d'accord*) limite philosophique. J'aime bien le côté psy, mon projet professionnel est de
179 travailler en hôpital psychiatrique. Enfin aujourd'hui.
180

181 F : la Croix-Rouge c'est le dernier choix. Pour ceux qui sont reçus à plusieurs concours, ils ne
182 vont pas choisir l'école qui est payante. Pellegrin, c'est l'usine, de trop grandes promotions.
183

184 Avis général : pour la grande majorité c'est vrai, la Croix-Rouge c'est le dernier choix. La
185 majorité de la promo a été rappelée alors qu'elle était sur liste d'attente. Ils sont remontés à
186 plus de 130. Ceux qui étaient reçus sur liste principale sont partis sur d'autres écoles.
187

188 *Appréhension des partiels et des rattrapages en juillet. « Tout faire pour ne pas aller aux*
189 *rattrapages. »*
190

191 F : je ne dirais pas que je suis aide-soignante. La Croix-Rouge, il y a beaucoup de pression
192 sur nous. Il faut beaucoup d'autonomie pour tout.

Extraits E1 CRF1 G2 (30'10)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58

W : né à X., en Bretagne en 1980 (29 ans), j'ai un cursus littéraire et une licence en histoire-géographie. J'ai travaillé dans secteur de l'éducation en tant qu'assistant d'éducation et remplaçant en histoire-géographie. Je suis assez loin du domaine scientifique. Qu'est-ce que je pourrais rajouter ?... J'ai oublié mes pauvres parents : mon père est ouvrier et ma mère garde des enfants à domicile.

J : j'ai 32 ans, j'ai un parcours plutôt scientifique : j'ai eu un bac S puis un DESS en économétrie. Vous savez ce que c'est ? Ce sont les statistiques appliquées à l'économie. J'ai aussi fait un master en marketing. J'ai travaillé comme commerciale dans les assurances. Pour au final venir ici. Mon père était pompier retraité et ma mère était conseillère commerciale dans les assurances. J'ai une petite fille d'un an.

S : 29 ans, bac scientifique puis j'ai fait des études d'ostéopathie, j'ai travaillé pendant trois ans. Mes parents sont retraités médecins.

C : j'ai 34 ans et je suis la maman de deux enfants. J'ai fait un bac économique et social, puis j'ai travaillé pendant 10 ans comme prof de danse dans la région parisienne. Ensuite j'ai voulu changer de profession. J'ai travaillé comme ASH dans une maison de retraite à B.

CB : vous souvenez-vous de l'image que vous aviez de l'infirmière avant de rentrer à l'IFSI ? Avez-vous été surpris par certaines choses depuis la rentrée ?

J : j'ai été surprise par la charge d'études. J'avais sous-estimé la profession d'infirmière, ce n'est pas bien hein ! Je ne pensais pas du tout qu'elle avait autant de connaissances. Et pourtant je suis mariée avec un infirmier. Il m'avait dit juste que ça allait être très dur. Je ne pensais pas vraiment que c'était une charge de travail aussi importante

C : je pensais que ça allait être dur. Je m'aperçois que le métier d'infirmière ce n'est pas seulement un rôle de contact mais aussi beaucoup un rôle de papier : le recueil de données, on a beaucoup de données à prendre, et ça, c'est une partie que je n'avais pas vraiment envisagée.

CB : et l'image de l'infirmière ?

J : une dame qui aime beaucoup le contact, mais qui n'a pas le temps, qui est prise par le temps, qui court partout. Surtout dans les hôpitaux, on a l'impression qu'elles n'ont pas le temps, elles font surtout des soins techniques « la piqueuse » qui court partout.

C : c'est un peu la même représentation, mais je ne veux pas coller à ça.

CB : W et S se regardent... (*Rires*)

W : moi j'avais des images d'Épinal du métier. J'avais lu des choses. Mais comme on n'a pas eu de contact avec ce métier, on ne peut pas savoir. J'attends les stages pour savoir mieux. Moi autrement l'image que j'avais de l'infirmière, c'était les trucs classiques basiques : faire des pansements, faire des piqûres. Et quand je suis arrivé ici, que j'ai vu la masse de cours, je me demande ce qui va pouvoir servir ensuite. Comment tout ça va s'enchaîner, car on voit ici des choses très précises et je me pose des questions. C'est très abstrait et j'attends la confrontation avec le métier. En plus j'ai un cursus littéraire mais j'arrive à surnager.

S : moi l'image que j'en avais, c'était la personne au service du médecin. Qui appliquait, je ne vais pas dire bêtement, mais qui appliquait ce qu'on lui disait de faire, qui n'avait pas du tout d'autonomie. Et au final, je m'aperçois qu'il y en a quand même pas mal, et c'est plutôt bien.

J : il y a beaucoup d'infirmières qui n'aiment pas que l'on dise qu'elles sont au service du médecin.

59 S : c'est aussi un peu le cas quand même.
60
61 CB : comment appréhendez-vous le stage ?
62
63 C : j'ai hâte d'y être, (*J est d'accord*) les cours c'est bien mais j'ai envie que ce soit concret.
64 D'être un peu plus dans l'action.
65
66 W : on attend aussi. Il y a un mélange d'appréhension et d'excitation. Surtout que dans les
67 stages on doute de savoir faire grand-chose. Moi je vais en maison de retraite, juste à côté. Ils
68 ont dit que ça allait être un rôle d'observation, je crois qu'on va faire les tâches pas les plus
69 ingrates, mais les plus basiques. Je pense qu'on va faire pas mal d'entretien.
70
71 CB : d'entretien ?
72
73 W : d'entretien au niveau de la personne, des locaux. De toute façon, au premier stage, comme
74 on n'a pas du tout de compétence technique. (*Les autres ne sont pas d'accord*) enfin entretien
75 des personnes, faire la toilette quoi.
76
77 C : en fait on va observer les soins infirmiers.
78
79 W : c'est ça, comme on n'a pas de techniques particulières, on va observer des infirmières
80 faire. Observer et faire des toilettes.
81
82 S. C'est pareil. Je suis bien en cours, mais il me tarde un peu d'aller en stage, avec un peu
83 d'appréhension, on ne sait pas trop ce qu'on va voir. Je vais en EHPAD moi aussi (*tous vont*
84 *en EHPAD. Rires*)
85
86 CB : j'ai l'impression que vous essayez de vous rassurer
87
88 W : non, non, non, je ne suis pas du tout stressé. Mais de toute façon quelque chose d'inconnu
89 est toujours quelque chose de stressant. Il faut que je sois confronté à la chose. J'y vais
90 lentement, c'est le 16 novembre. Je ne suis pas comme ça, je vis plutôt au jour le jour, je pense
91 que deux ou trois jours avant j'aurai un peu de pression. Après, il y a plein de choses qui
92 rentrent en compte : comment va être accueilli, comment on va travailler, être encadré
93
94 CB : Qu'est-ce qui vous a attiré dans cette profession ?
95
96 J : le besoin de se sentir utile, de rendre services aux personnes, le contact, un métier actif :
97 pas rester derrière un bureau. En économétrie, c'est derrière un ordinateur toute la journée.
98
99 C : déjà je pense à la maturité, je n'aurais jamais fait ça à 19 ans, je n'y pensais même pas. Et
100 puis l'envie d'avoir des connaissances médicales, de travailler avec des gens d'âges différents,
101 j'ai travaillé avec des enfants, des ados, des adultes, des autistes et c'est ça qui m'a fait dévier
102 vers ce métier. Et puis aussi bouger, être dynamique comme dans la danse. Et puis travailler
103 avec d'autres professionnels, c'est intéressant. Toujours se remettre en cause, tout le temps être
104 en évolution, ne pas rester sur ses acquis.
105
106 S : la santé en général, c'est ça qui m'intéressait. Après, ce qui est intéressant dans le métier
107 infirmier, oui c'est le travail interdisciplinaire, dans une équipe, qu'il y ait plusieurs avis,
108 plusieurs manières de travailler. Et aussi, ce qui me touchait, c'est le fait de pouvoir être
109 mobile. C'est-à-dire de pouvoir trouver du travail partout, de pouvoir changer de service, de
110 pouvoir partir à l'étranger, le fait de pas être enfermé.
111
112 CB : c'est la sensation que vous aviez, d'être enfermé...
113
114 S : en tant qu'ostéopathe oui. Dans un cabinet, de ne pas pouvoir en sortir, d'être coincé.
115
116 W : moi j'ai un parcours atypique, je me suis tourné vers l'éducation par opportunisme. J'ai
117 fait des études où tout se passait bien, je passais les classes sans problème. Mais en fait je ne

118 savais pas trop ce que je voulais faire. J'ai fait de l'histoire-géo parce que je trouvais ça
119 intéressant. À la fac avec la licence, je me suis dit que je trouverais bien quelque chose ; j'ai
120 pas mal galéré. J'ai fait des suppléances après, ça m'intéressait plus ou moins : on passe plus
121 de temps à faire la discipline qu'à faire le cours. Ce n'est pas comme ici où les profs, quand
122 même, on les écoute un minimum. Après des échecs au CAPES, j'ai réfléchi à une autre
123 orientation. Je voulais rester dans le public et une chose qui m'a aussi attiré, c'est que c'est une
124 profession qui connaît le plein emploi. C'est ce qui a fait pencher ma décision. J'ai fait un
125 bilan de compétences en Bretagne.
126
127 CB : vous avez des parcours originaux
128
129 J : à la Croix-Rouge, on est tous plus ou moins comme ça. On n'a plus 20 ans et on a fait des
130 trucs avant.
131
132 W : il n'y a que deux aides-soignantes dans la promo, les gens ont une histoire de vie.
133
134 CB : avez-vous passé d'autres concours ?
135
136 W : les quatre sur Bordeaux : Bagatelle j'ai été reçu, le CHU et Charles Perrens.
137
138 J : cinq l'année dernière, trois cette année.
139
140 S : Pellegrin, Charles Perrens et la Croix-Rouge.
141
142 C : quatre concours à Bordeaux, c'est le seul que j'ai eu
143
144 W : la Croix-Rouge car c'est le premier qui m'a répondu.
145
146 J : c'est mieux cette année à cause du nouveau programme : grade licence.
147
148 C : et puis on a deux mois de vacances.
149
150 CB : quelle image a la Croix-Rouge pour vous ?
151
152 J : l'humanitaire
153
154 S : surtout l'humanitaire. Mais ce n'est pas le choix...
155
156 W : moi c'est pareil c'est surtout à cause du coût. Mais j'étais sur la liste d'attente. C'est le
157 modèle humanitaire.
158
159 J : Bagatelle est considérée comme l'école la plus carrée, la plus droite, c'est l'école qui est une
160 des plus renommées de Bordeaux avec Charles Perrens. La Croix-Rouge n'est pas bien vue ;
161 mais apparemment ça changerait depuis deux ans, avec le changement de directrice.
162
163 C : Bagatelle, je n'aime pas du tout. Ce n'est pas le cadre, le parc est super ; mais c'est
164 l'ambiance, je ne me sentais pas du tout à ma place ...
165
166 S : pourquoi ?
167
168 C : c'est trop embourgeoisé pour moi. Je me fais peut-être une fausse idée, mais la première
169 impression que j'ai eue quand j'ai passé l'oral, je te regarde à droite à gauche...
170
171 J : *(lui coupant la parole)* et pourtant, c'est une école religieuse à la base
172
173 C : ça n'a rien à voir, tu sais bien J, ce n'est pas parce que c'est une école religieuse, que l'on
174 applique... Je savais que c'était une école très réputée sur Bordeaux. Je suis très bien ici.
175

176 J : chaque école a ses points forts et ses points faibles. Tout dépend de la direction prise par
177 l'école : ici on ne parle plus de malades mais de personnes, la notion d'humain est très
178 importante ici.
179 S : je ne sais pas comment sont les autres écoles, mais c'est vrai que c'est ce qu'ils veulent
180 faire passer ici. Prendre en considération les gens, et moins l'aspect technique. Pour l'instant
181 en tout cas.
182
183 C : on nous reprend tout le temps ; le soin ce n'est pas que la technique, mais la relation à la
184 personne.
185
186 W : ça je l'ai vu même au niveau de l'écrit : les questions n'étaient pas les mêmes que dans les
187 autres concours. Les sujets étaient plus de la réflexion, j'avais l'impression que c'était presque
188 un peu de la philo. Il fallait se creuser les méninges le matin.

Extraits E1 CRF1 G3 (47'26)

1

2

3 N : 23 ans, bac économique et social en 2006, je redouble ma première année. Avant j'ai fait
4 une prépa Bordeaux I qui m'a été utile, et encore avant j'ai travaillé comme brancardier et
5 ASH (hôpital ou clinique et maisons de retraite). Mon père est sapeur-pompier et ma mère est
6 assistante maternelle.

7

8 S : 32 ans, mes parents sont tous les deux décédés depuis que j'ai 18 ans (cela m'émeut
9 toujours encore, je n'ai pas l'impression qu'ils m'aient beaucoup influencé dans mon parcours)
10 : mon père était maçon et ma mère était mère au foyer. J'ai eu un bac littéraire, puis fac de
11 psycho et de sociologie à P. car j'étais attirée par les sciences humaines. Confrontée aux
12 réalités de la vie, j'ai passé un BTS en action commerciale ; toujours dans le relationnel. Ça
13 m'a amené à travailler dans des entreprises variées. Après j'ai monté un restaurant avec le père
14 de mon fils, ça a duré deux ans. Ensuite j'ai voyagé, j'ai vécu pendant deux ans aux Antilles
15 avec mon nouveau compagnon. Ça m'a confrontée à la réalité du tiers-monde, de la chance
16 qu'on avait ici, des connaissances qu'on avait et qu'on pouvait transmettre aux autres : je
17 donnais des cours de français, je participais à ce qui était l'éducation médicale. Il y a beaucoup
18 d'attentes et on se sent un peu limité, et ça valorise tout ce qu'on sait, on ne se rend pas
19 compte de ce que tout ce que l'on sait et de tout ce qu'on pourrait faire. J'ai eu du mal à
20 retourner dans une entreprise avec tout ce qu'il y a de commercial, de hiérarchique. Dont j'ai
21 cherché ma voie, je suis partie en Floride aux USA. Toujours dans le but de monter ma propre
22 entreprise. J'ai trouvé un fournisseur à Bordeaux qui fabriquait des écharpes et j'ai monté une
23 boutique ; ça n'a pas marché car je me suis confrontée au problème des visas de travail, de
24 l'immigration. En Floride, j'ai rencontré des infirmières haïtiennes qui travaillaient aux USA,
25 j'ai pris conscience que la santé est quelque chose d'universel, que c'était une bonne voie pour
26 mettre en œuvre des capacités personnelles, relationnelles. En rentrant, je suis allée à l'ANPE,
27 j'ai trouvé un financement, j'ai préparé mon petit concours toute seule et me voilà aujourd'hui.

28

29 C : 31 ans, bac scientifique en 1996, j'ai passé 2 fois le CAPES de mathématiques pour
30 devenir prof, 2 échecs. En fin de compte tant mieux. Je ne suis demandé ce qu'il fallait que je
31 fasse, comme beaucoup je me suis laissé porter par les études mêmes si les maths ça me
32 plaisait ; en faire mon métier c'était autre chose. J'ai cherché un job alimentaire dans l'est
33 pendant deux ans, de job en job. Ça fait quatre ans que je suis en Gironde. J'ai à nouveau un
34 job alimentaire : dans la grande distribution mais qui m'a donné énormément de temps libre,
35 j'ai pris en fin de compte plusieurs années sabbatiques, du temps pour moi. Ensuite j'ai pris les
36 choses en main je me suis lancé dans les concours.

37

38 F : j'ai arrêté ma scolarité en première avec des lacunes en chimie. Première formation
39 éducatrice, puis dessinatrice cartographe : j'ai monté ma propre boîte, mais ça n'a pas marché.
40 Je suis partie à l'étranger pendant plusieurs années, j'ai fait des voyages. G.O. au club Med
41 pendant deux ans puis j'ai rencontré mon premier client au Club Med : ça été une révélation.
42 Pendant 20 ans, j'ai donc « fabriqué » en free lance des voyages pour les gens qui gagnaient
43 des voyages. Depuis 10 ans, je travaillais pour un boss qui avait un labo pharmaceutique en
44 Espagne, j'étais salariée. J'ai été licenciée en janvier 2009. Il y a 10 ans je pensais déjà à une
45 reconversion : en gardant le relationnel mais avec une connaissance, médicale et
46 paramédicale. Médecine c'était lourd je suis seule avec mes enfants. J'ai passé il y a 10 ans le
47 DAEU. J'ai passé cinq concours et je savais que je serais reçue à la Croix-Rouge : parce que
48 c'est tout près de chez moi et que le mouvement humaniste me plaisait. Même si j'avais eu le
49 choix, même si c'est une école payante, j'aurais choisi la Croix-Rouge. J'ai 47 ans et je pense
50 que je suis la doyenne de la promo. Mais ce n'est pas le souci pour moi, j'imagine qu'on va
51 vers des retraites plutôt tardives, et je me suis dit que ça valait le coup que je fasse une
52 reconversion qui me plaisait. Mes parents étaient tous les deux agents d'assurances ; enfin non
53 ma mère travaillait pour mon père. L'agence était à mon père. Son travail n'a pas été reconnu,
54 comme toutes les femmes de cette génération.

55

56 CB : combien de concours et pourquoi la Croix-Rouge ?

57

58 N : déjà j'ai galéré pendant deux ans pour avoir un concours. J'ai été reçu aux oraux à
59 Libourne et la Croix-Rouge et par souci pratique, j'ai choisi la Croix-Rouge. Aussi à cause de
60 l'humanitaire, je me disais que ça apporterait une dimension supplémentaire que je n'aurais
61 pas eue en IFSI public. J'ai été agréablement surpris jusqu'à présent, il y a une certaine
62 ouverture d'esprit dans l'approche des soins, de la formation que je n'aurais pas forcément
63 ailleurs.

64

65 C : j'ai tenté Pellegrin et la Croix-Rouge, je n'ai pas eu Pellegrin. La Croix-Rouge ça sonne
66 bien, il y a le côté humanitaire, privé, petite promo. J'ai déjà fait des études où on était 300,
67 400 dans l'amphi, et je voulais autre chose. Ici on n'a pas l'impression d'être un numéro, ils
68 nous connaissent un peu ; dans un IFSI public, à 500 par promo, il n'y a pas le même
69 relationnel. Ensuite, ce sont peut-être des préjugés, mais on est dans le privé c'est super
70 important ; on n'a pas les inconvénients du public : au niveau du sérieux des profs, des cadres
71 soignants, ça n'a rien à voir ; le public est connu pour être en grève en permanence ; à
72 l'université les profs sont souvent en grève, c'est prévu c'est comme ça. On sait très bien qu'à
73 telle période de l'année on aura droit à notre petite grève de deux ou trois jours

74

75 S : je n'avais pas pensé à cet argument-là. J'ai présenté Bagatelle, Charles Perrens, Pellegrin et
76 la Croix-Rouge. J'ai été admissible aux quatre écrits. L'écrit à Pellegrin a été une épreuve pour
77 moi : on était 3000 candidats, et j'ai pris en pleine face la quantité, le monde étudiant
78 universitaire. Ça m'a fait peur. J'avais fait des études à la fac mais c'était loin, je ne pensais
79 pas qu'il y avait autant de compétition entre les candidats. Quand j'ai passé l'oral à Bagatelle,
80 je me suis trouvée en face de personnes qui n'ont pas pris en considération mon
81 développement et ma réflexion sur la question posée, j'ai eu l'impression de subir un jugement
82 de valeur sur ma personne, ma personnalité.

83

84 CB : vous, et non sur ce que vous disiez...

85

86 S : c'est exactement ça. Le sujet qui était à soutenir n'était qu'un prétexte non dévoilé,
87 d'évaluation en 10 minutes de la personne. Je l'ai mal vécu et je l'ai exprimé. J'ai eu neuf. J'ai
88 été reçu à Pellegrin sur liste d'attente. J'ai eu 15 à l'oral. À la Croix-Rouge, j'ai été considérée,
89 accueillie ; et ça a renforcé le préjugé que j'avais : que l'on était en formation professionnelle,
90 que l'on était des adultes, qu'ils essayaient de nous tirer à eux. Même les locaux sont
91 accueillants. Ça respire, les intervenants sont de qualité, on voyait qu'il y avait moins de
92 candidats au départ, que le fait que ça soit payant avait fait une sélection au départ. Les jeunes
93 qui étaient reçus se trouvaient dans une certaine démarche, il y avait donc une sélection à la
94 base : ce ne sont pas des personnes qui se retrouvent là par hasard, qui sont là parce qu'on leur
95 a dit d'aller là. Payer demande un investissement personnel. On ne fait pas ça sur un coup de
96 tête. Le prix m'a fait hésiter un peu entre les deux. À mon âge, on n'a pas envie de se rater,
97 quitte à faire un effort financier, le prix me demande un effort. Du coup on a plus d'attente
98 aussi. Du coup, les profs vont jouer le jeu aussi. J'ai appris qu'en stage les élèves de la Croix-
99 Rouge étaient considérés différemment : on les pousse vraiment vers l'autonomie, il y a une
100 autre prise en charge des étudiants de la Croix-Rouge parce qu'on a moins de formation
101 pratique. Au départ même si c'est un petit peu plus pénible pour eux, au niveau professionnel,
102 on est les garants des valeurs de la Croix-Rouge. C'est bien car on est attiré par certaines
103 valeurs, et ensuite on va les transmettre, je trouve que c'est bien.

104

105 F : je n'ai rien à ajouter, c'est vrai que je retrouve ce côté bienveillant qui ne me surprend pas,
106 en tout cas je l'espérais, et je suis contente de ne pas m'être trompée dans mon choix. En fait,
107 je parle de choix, mais ce n'est pas réellement le choix car je n'ai été reçu qu'à la Croix-Rouge.
108 Et ça voulait dire démarche financière, j'étais au chômage, ça a duré six mois et ça a demandé
109 un sacré calcul.

110 CB : quelle image de l'infirmier aviez-vous avant de commencer les études ?
111
112 C : pour l'instant on a eu que des cours théoriques. L'image que j'avais de l'infirmier ou de
113 l'infirmière a été un peu éclaircie mais c'est tout. Sur le côté technique un peu, mais tant qu'on
114 n'a pas mis les pieds dedans...
115
116 N : Je n'ai jamais eu étant jeune d'attirance pour le milieu hospitalier, mais j'éprouvais une
117 certaine bienveillance du personnel quand j'étais hospitalisé en tant qu'enfant ou en tant
118 qu'ado. Arrivé au lycée, je me suis dit pourquoi ne pas aller voir ce milieu-là, j'ai toujours été
119 tourné vers les métiers relationnels je me suis dit pourquoi pas les soins, allons voir comment
120 ça se passe. Même s'il n'y a pas eu tout le temps de bonnes choses. Je pense que c'est un
121 métier fabuleux où on a vraiment les moyens d'échanger, de s'enrichir dans plein de domaines
122 : personnellement, professionnellement, humainement, techniquement.
123
124 CB : vous êtes en train de repasser l'oral du concours...
125
126 N : (*Rires*) je l'ai fait pendant deux ans alors je suis habitué !
127
128 S : on attend les stages pour confirmer notre choix.
129
130 N : oui c'est ça. A priori ce qui me plaît le plus ce sont les lieux de vie. J'ai testé l'hôpital
131 aussi. Il y a du pour et du contre comme partout.
132
133 F : je suis entrée avec l'idée que l'infirmier avait plusieurs rôles, le soin, les piqûres, la
134 Bétadine, la gaze, et le côté relationnel. Mais ça c'est venu au fil du temps, j'ai assez de
135 copains dans le milieu (infirmier, médecin). Les infirmières sont empathiques. Et là, je
136 reconnais qu'en immersion, tout ça ce n'est plus qu'un. Je me dis que je ne peux pas être déçue
137 car il y a une telle pluralité que si je ne trouve pas mon compte à un endroit je suis convaincue
138 que je peux aller ailleurs pêcher des choses qui me conviennent mieux : le principal étant le
139 relationnel. Des choses pratiques vont peut-être me déranger mais il n'y a pas de contradiction
140 avec ce que je pouvais penser avant : comme par exemple ne pas gagner assez d'argent, ça
141 peut m'affecter, mais je me dirais que j'ai fait un choix. Autre chose est de travailler dans une
142 équipe belliqueuse ça existe, autant je trouve agréable de parler pour convaincre, autant je
143 trouve fatiguant de travailler dans une équipe belliqueuse, ce n'est pas positif, ce n'est pas
144 constructif. Soit ça change, soit je m'en vais. Mais ça ne sera pas une déception, je suis
145 convaincue que je ne tomberais pas de haut. On verra plus tard. J'ai très envie de commencer
146 par ce qu'on nous propose : la maison de retraite dans un mois et demi.
147
148 S : je n'étais pas attirée par le métier d'infirmière au départ parce que mes parents sont
149 ouvriers, j'ai un frère qui est handicapé et c'est donc quelque chose de naturel pour moi que de
150 soigner. Je ne peux pas parler de vocation à proprement parler...
151
152 F : il y en a qui peuvent en avoir
153
154 S : et puis mon compagnon est kiné, c'est lui qui m'a mis la puce à l'oreille. J'étais très
155 frustrée dans mon travail quand j'étais employée, je n'avais pas de perspectives, j'avais
156 l'impression d'être exploitée et que c'était du gâchis, on peut le dire (*Rires*). Je me suis
157 toujours nourrie de la relation que j'avais avec mes clients. J'essayais de trouver toujours le
158 compromis pour l'un et pour l'autre, surtout pour le client en fait. Cela me permettait de
159 surmonter les conflits. Je l'ai accompagné dans ses tournées. Je l'ai entendu parler de ses
160 relations avec le patient, il m'a montré qu'on pouvait gagner sa vie avec des relations avec les
161 gens sur d'autres bases. Il m'a dit qu'au moins je trouverais du travail, que je n'aurai pas à me
162 vendre comme quand j'étais commerciale. Alors à partir du moment où on a obtenu son
163 diplôme d'État, les portes sont quand même ouvertes. Le diplôme est reconnu en tant que tel,
164 avec un savoir-faire, des compétences reconnues. Comme par exemple, faire une piqûre... Et
165 tout le côté éducatif, que les personnes sont capables de s'en sortir différemment, de se

166 prendre en charge. Moins l'infirmière en fait, plus le patient est obligé d'en faire. C'est une
167 agréable surprise de voir l'importance des sciences humaines dans cette école, de voir que ce
168 qui est inhérent à notre personnalité a sa place dans les soins, que c'est organisé. Ça fait du
169 bien parce qu'on se dit qu'on n'est pas juste gentil. La relation est un métier.
170

171 N : tu es récompensée de ta bienveillance
172

173 S : un commercial est récompensé sur son chiffre d'affaires, on ne se demande pas comment il
174 en est arrivé là. Alors qu'ici, c'est l'inverse.
175

176 CB : y a-t-il des choses qui vous ont surpris depuis la rentrée ? Donc la biochimie...
177

178 F : alors là, je ne m'attendais pas à ça. Je savais que ça serait du travail, mais je n'imaginai
179 pas à ce point. Mais comme je suis vaillante, je me suis attelée à la tâche et j'ai vu. Je me dis
180 que ça va aller en augmentant, mais moi je ne pourrai pas faire plus, après ça va manger sur le
181 sommeil, sur les enfants, et ça ce n'est pas possible. Il y a des choses assez surprenantes
182 quand même au niveau des connaissances. Le nouveau référentiel ajoute une dimension
183 scientifique aux connaissances. Mais c'est complètement justifié pour la suite, même si moi je
184 ne sais pas si j'utiliserai cette passerelle un jour, c'est intéressant. Je croule, je nage.
185

186 S : oui mais toi tu as le recul, tu angoisses. Alors que je vois des plus jeunes qui ont cette
187 insouciance ou cette inconscience, qui savent que ça rentrera quand même, que ça passera
188 quand même.
189

190 F : mais ça peut payer l'insouciance.
191

192 N : Moi c'est le contraire l'aspect universitaire ça m'angoisse, je n'arrive pas à me cadrer.
193 L'année dernière, on n'arrivait pas à faire des liens forcément. Cette année on a une vision
194 générale. On ne pouvait pas faire de liens avec l'ancien programme, on était frustré, nous
195 cherchions à droite et à gauche des infos pour en faire. C'était épuisant physiquement et
196 psychiquement.
197

198 S : oui, la pédagogie de l'apprentissage.
199

200 F : même par rapport à l'avenir de cet apprentissage. On est sur autre chose pour l'avenir. C'est
201 Mme X qui nous a dit « ils ont enfin mis des cerveaux aux infirmiers ». Il y a 20 ou 30 ans,
202 cette formation était une formation par défaut. Et même pas des bacs SMS. Les gens faisaient
203 cette formation parce qu'ils n'étaient pas capables de suivre des études. On y entrait avant le
204 bac. Ça ne donnait pas une image de réussite. Le nouveau cursus augmente la reconnaissance
205 de tout ce qui n'était pas reconnu avant.
206

207 S : moi je pense que les infirmières sont bien rémunérées pour le travail qu'elles produisent.
208 Celle que j'ai connue n'est pas à plaindre.
209

210 F : non pas par rapport à la charge de travail. il y a peu de différence de salaire avec une aide-
211 soignante.
212

213 C : et pourtant on a plus de responsabilité.
214

215 F : ce n'est pas tout de suite qu'on va gagner 3000 € par mois... Mais un salaire correct.
216

217 CB : et les stages ?
218

219 C : de l'impatience mais pas trop.
220

221 S : je vais en stage chez une infirmière libérale, je lui demanderai combien elle gagne ! (*Rire*
222 *général*)

Extraits E1 CRF1 G4 (40'51)

1
2
3 M : 21 ans, bac scientifique, licence de biologie l'année dernière, ma mère est infirmière et
4 mon père contrôleur de gestion.

5
6 MA : 23 ans, bac SMS, en 2005, j'ai travaillé comme vendeur en boulangerie et chez Orange.
7 Mon père est agent EDF et ma mère assistante maternelle.

8
9 MG : 20 ans, baccalauréat scientifique, une année fac de sciences du langage et une année de
10 prépa. Mon père est responsable de la mise sur le marché des vins pour une maison de
11 marchands de vins et ma mère gère le pôle approvisionnement informatique d'un grand
12 magasin.

13
14 A : 26 ans, bac scientifique en 2002, j'ai fait deux premières années de médecine, puis
15 plusieurs petits boulots pour gagner de l'argent. Je me suis engagée dans l'armée, j'ai fait
16 quatre ans dans la marine dans les communications. J'ai fait deux ans à Toulon et deux ans à
17 Tahiti. Mais les relations à distance avec mon ami à Toulon n'étaient plus tenables, donc j'ai
18 passé le concours d'infirmière. Mon père est agent SNCF et ma mère aide-soignante à
19 domicile.

20
21 L : 25 ans, bac littéraire option latin en 2003, tout à fait logique avec ce que je fais ici (*Rires*),
22 deux années de fac de sport, une année de prépa orthophoniste, et j'ai obtenu une licence en
23 sciences du langage. Mes parents sont éducateurs : mon père est éducateur spécialisé pour des
24 familles compliquées, ma mère éducatrice spécialisée pour enfants handicapés.

25
26 H : 20 ans, deux années de médecine que j'ai ratées, bac scientifique. Mon père est agent EDF
27 et ma mère est responsable salariée d'une association d'aides à domicile.

28
29 CB : cela fait un mois et demi que vous êtes rentrées. Je voudrais que vous me parliez de
30 l'image de l'infirmière que vous aviez avant de rentrer ici.

31
32 Tous : Jusqu'au premier stage, on ne peut pas trop se rendre compte.

33
34 *Reformulation de la question par L.*

35
36 M : moi c'est un peu la vision que j'avais de ma mère : maternelle, qui s'occupe des gens, tout
37 ça, attentive, à l'écoute. Et les soins techniques car en plus elle est IBODE, c'est bien
38 technique. C'était une très bonne image et cette image n'a pas changé jusqu'à présent.

39
40 MA : eh bien, moi, je ne sais pas. C'est s'occuper des autres, être là pour les autres, et pour
41 l'instant ça ne change pas. Tout ce qu'on nous a appris et transmis jusque-là, c'est ça aussi. On
42 verra après.

43
44 MG : moi, ça regroupe les deux points de vue précédents. Là, on a juste les connaissances un
45 peu plus approfondies pour devenir infirmière, ça conforte dans l'idée. En fonction des
46 matières que l'on a, je me rends compte que c'est ça que je veux faire. Parce qu'il y a toujours
47 un doute, mine de rien.

48
49 A : Moi, avant de faire l'école, j'avais une vision de l'infirmière comme une professionnelle
50 vraiment tournée vers l'autre, une aide, soutien, une technique aussi. Ça n'a pas beaucoup
51 changé, ça s'est juste précisé. On a beaucoup de précisions sur tous les aspects de la
52 profession infirmière. Et pour l'instant ça me plaît toujours.

53
54 L : j'avais à peu près la même image : une infirmière est capable de s'occuper
55 « psychologiquement » d'une personne de savoir l'encadrer, de l'écouter, d'être maternelle, etc.
56 Elle est capable aussi de prodiguer des soins techniques. C'est confirmé par tout ce qu'on a vu
57 dans les cours. Mais c'est aussi une infirmière qui est dans une équipe, qui travaille avec

58 plusieurs personnes, ça on l'a vu, mais moins que le reste. En tout cas, c'est l'impression que
59 j'ai. Moi qui ai fait des sports collectifs, que l'infirmière ne soit pas toute seule ça me plaisait.
60 Ça il me tarde que nous le voyions un peu plus. Enfin ça va se voir dans les stages : le lien
61 entre infirmière et aides-soignantes. Autrement, l'idée que j'avais reste la même et il me tarde
62 de confirmer cette vision d'ensemble.

63
64 H : personnellement, je n'avais pas trop d'idées, car j'étais focalisée sur médecine. Je ne me
65 suis pas du tout penché sur la question. Quand je me suis rendu compte qu'il fallait que je me
66 bouge, j'ai commencé à approfondir ce que c'était mais sans plus. C'est vraiment cette année,
67 avec les cours, que je commence à me faire une idée. Moi je voulais rester dans le médical,
68 forcément ça va me plaire. Infirmière c'était une des possibilités. Et là, depuis le début de
69 l'année, c'est l'épanouissement total. Maintenant j'attends le stage. Mais autrement, ça
70 recouvre tout ce qui a déjà été dit, le côté maternel et tout ça.

71
72 CB : y a-t-il des choses qui vous ont surpris ? Auxquelles vous ne vous attendiez pas ?

73
74 M : La rigidité. C'est sûr que par rapport à la fac ce n'est pas du tout la même chose

75
76 H. : Mais ça, c'est valable pour l'ancien programme. Avec le nouveau programme, c'est
77 beaucoup plus dense, il y a beaucoup plus de travail. Les journées, c'est depuis 8:30 jusqu'à
78 17:30 ; le soir pour réviser, on n'a pas trop le temps. C'est très, très lourd. Le soir
79 personnellement je n'ai pas envie de travailler : quand je rentre, j'ai envie de m'occuper de moi
80 un peu, de dormir pour être en forme le lendemain. Et donc c'est le week-end qui est pris pour
81 réviser.

82
83 L : il y a bien des temps prévus dans la semaine mais, je ne sais pas comment vous travaillez,
84 mais pour moi ils sont très insuffisants. Pour assurer l'apprentissage des cours pour les
85 examens, en ce moment c'est 2 heures tous les soirs et 12 heures le week-end. Donc, l'après-
86 midi qu'ils nous laisse pour travailler, je la trouve très insuffisante pour moi qui vient de
87 littéraire, qui n'ai aucune base scientifique. Pour ceux qui ont fait bio ou médecine, ils ont de
88 l'avance, ils ont le raisonnement scientifique. Moi je pars à -4000. Ça a été très dur pour moi
89 au début. J'ai un raisonnement littéraire et non pas scientifique. La psycho, ce sont des termes
90 qui me parlent. La bio non.

91
92 H : moi qui ai fait médecine, j'en suis au même point. Je tombe au même niveau que vous. Le
93 programme, je ne le connais pas, ils parlent de choses nouvelles. Même si je connais les mots,
94 il y a des choses que je ne sais pas.

95
96 A : je suis d'accord avec H. Dans le sens où j'ai fait fac de médecine aussi je ne l'ai pas dit, et
97 ce n'est pas du tout le même travail, ce n'est pas du tout la même manière de penser. Il faut
98 penser comme une infirmière. Et même pour les cours de biologie fondamentale, cela me
99 demande beaucoup de travail.

100
101 *Silence*

102
103 CB : oui... vous avez été étonnés...

104
105 Tous ensemble : ah non, je ne m'attendais pas à ça. Les autres nous avaient dit : tu travailles
106 un peu tous les soirs, et tu as tout tes week-ends de libres. Travailler un peu avant les
107 examens, un petit coup, un petit coup, deux petits coups et ça passe. Ce n'est pas du tout ça. Et
108 en même temps, c'est super intéressant, on apprend plein de choses. Mais ce n'est pas du tout,
109 du tout, la même chose.

110
111 MA. On sait qu'à la fin des trois ans on aura un métier. Que ce sont des études qui permettent
112 de travailler après. On a choisi la voie qui n'a pas de chômage. Le concours on l'a passé, on
113 n'a pas d'autre concours à la fin.

114
115 H : en plus on n'a même pas le DE à passer à la fin. On travaille au fur et à mesure et les
116 stages vont être super.
117
118 CB : et la rigidité par rapport à la fac...
119 M : c'est surtout par rapport aux horaires. Et puis la vision des choses est assez carrée (fait des
120 gestes).
121
122 MA : ça, je crois que c'est à la Croix-Rouge, c'est parce que c'est privé
123
124 L : cela dit, c'est super bien c'est une chance d'intégrer une formation comme ça. Pour les
125 jeunes qui sortent du bac, être dans une formation qui est carrée, être obligé de venir en cours,
126 c'est aidant. Alors qu'à la fac, tu es livrée à toi-même, et tu peux te planter. C'est vrai qu'il y a
127 une rigidité pour les retards et les absences, mais ça nous aide à nous investir.
128
129 H : Si on a choisi cette école, c'est aussi pour ça : être encadré, suivi, il y a quelqu'un au-
130 dessus de nous, qui nous rappelle quand il y a des TD, que l'on doit venir, qui vous encadre.
131 C'est avoir une épée de Damoclès et en même temps, c'est le top. Tout le monde a besoin de
132 ça je pense.
133
134 MA : on va le rencontrer ça dans le milieu du travail après.
135
136 A : après dans le niveau professionnel, on sera habitué. Et on ne pourra pas se permettre de
137 louper une journée de boulot.
138
139 CB : avez-vous présenté d'autres concours ?
140
141 Tous : oui.
142
143 MA : j'ai passé les quatre sur Bordeaux. J'ai eu la Croix-Rouge sur la liste principale,
144 Pellegrin et Charles Perrens sur la liste complémentaire.
145
146 A : pour moi c'est pareil.
147
148 L : j'ai passé les quatre. La Croix-Rouge sur liste principale, Charles Perrens sur liste
149 complémentaire.
150
151 H : j'ai passé les quatre. Je n'ai eu que la Croix-Rouge sur la liste principale. Et rien sur les
152 autres.
153
154 MG : j'ai passé les quatre à Bordeaux et celui de Libourne : admissible à la Croix-Rouge,
155 Bagatelle et Perrens, je n'ai eu que la Croix-Rouge à la fin. J'étais sur liste complémentaire
156 pour Charles Perrens, mais trop loin. Cette école est la meilleure. Elle est réputée pour son
157 ouverture d'esprit, on sort un petit peu du domaine scientifique, on est centré sur la personne
158 elle-même. Beaucoup plus centré sur le côté psychologique, par rapport à d'autres écoles.
159
160 H : alors ce côté très axé sur la psychologie, j'en ai parlé avec des profs et les étudiants qui
161 sont là-bas, et ils m'ont dit que c'était terminé depuis quelques années. Parce qu'avant ce
162 n'était vraiment que ça.
163
164 MG : je trouve que le nouveau programme est le juste milieu entre des connaissances
165 scientifiques et des connaissances humanistes, des sciences humaines.
166
167 MA : je pense que la directrice y est pour beaucoup. Je l'avais rencontré pour les journées
168 « portes ouvertes » ici, et elle avait dit, avant que la réforme soit passée, qu'elle était très axée
169 sur la philo, les sciences humaines, et qu'elle ferait en sorte que les cours soient axés sur ça
170 aussi. Enfin, par rapport au programme, peut-être qu'ici c'est beaucoup plus souligné, ils
171 insistent beaucoup plus, que dans d'autres écoles.

172
173 MG : je ne sais pas vous, mais moi je trouve que les heures de TD, surtout pour tout ce qui est
174 psycho, c'est très aidant. D'abord on met les tables en rond, et puis c'est vraiment un échange
175 avec le prof, on lâche toutes nos idées, on parle entre nous, on travaille en groupe, je trouve ça
176 très bien.
177
178 H : je suis d'accord.
179
180 L : oui, moi aussi. Les journées de TD, les mardis et jeudis, je sais que ce sont des journées où
181 je m'ennuie rarement. Certains cours sont moins intéressants que d'autres. Mais les trois quarts
182 des TD sont passionnants. On voit bien parfois que les profs sont surchargés de questions et
183 qu'ils n'arrivent pas à avancer leurs TD.
184
185 MG : les profs qui assurent les TD sont pratiquement toujours les mêmes, ils sont très
186 intéressants.
187
188 *Échange sur certains profs, assurant des TD de sciences humaines.*
189
190 L : ils ont une manière de dynamiser le groupe, de faire qu'on travaille tous ensemble. Ils
191 savent y faire.
192
193 M : Moi c'est par rapport à mes concours : trois Bordeaux et deux Paris, et un à Dax. J'étais
194 prise ici sur la liste principale et à Dax j'étais sur la liste complémentaire. Quand Dax m'a
195 appelée, j'avais déjà dit oui ici. J'étais très déçue. J'avais déjà le logement ici.
196
197 CB : comment appréhendez-vous le stage qui vient ?
198
199 A : j'ai hâte, il me tarde de passer à autre chose. De mettre en pratique ce que l'on apprend. De
200 ne plus cumuler les cours dans mon classeur. Travailler, changer de rythme. De vivre la
201 relation avec le patient. Je vais en maison de retraite.
202
203 H : je vais en maison de retraite aussi. Et j'ai hâte d'y aller. Mais j'attends d'être sur place pour
204 pouvoir mieux appréhender les choses, tout apprendre.
205
206 M : pareil, en maison de retraite. J'ai déjà fait un stage en maison de retraite avec ma tante, ça
207 s'est super bien passé. Ma tante est aussi infirmière. J'ai deux tantes infirmières. Je n'ai aucun
208 souci avec les personnes âgées, elles sont adorables.
209
210 MA : moi, je vais suivre une infirmière libérale. Je suis très contente. Il me tarde de voir.
211 J'aurais aimé être en maison de retraite, mais bon ça sera pour le prochain stage. Je ne voulais
212 pas aller en crèche parce que j'ai un bébé de un an, et je voulais aller voir quelque chose de
213 différent.
214
215 MG : moi également je vais en maison de retraite. Il y a une partie spécialisée pour les
216 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. J'ai failli travailler cet été et je suis très
217 contente d'y aller en stage. Si je n'avais pas eu le concours, je serais en train de travailler là-
218 bas. En tant qu'ASH.
219
220 *Échange sur les dates de stage, les vacances. Évocation des rattrapages.*
221
222 M : Il faut tout prévoir. On va au rattrapage si on a entre 9 et 10 ou alors ce sont les
223 compensations...
224
225 MG : il faut savoir que comme le programme a changé on ne sait pas encore comment vont se
226 dérouler les évaluations. Ni la notation. Il vaut mieux donc envisager des rattrapages et être
227 agréablement surpris, de ne pas avoir à les passer. Que l'inverse. Par contre, ce que j'apprécie,
228 c'est que les profs ne vont pas nous raconter des histoires : ils nous disent qu'ils ne savent pas

229 pour le moment. Ça ne nous met pas forcément à l'aise, plutôt dans la panique quand on sait
230 ça, mais...
231
232 L : ils ont quand même une petite idée. Autrement, on aurait attendu un an pour mettre en
233 place le nouveau programme. Il faut travailler et puis voilà quand on travaille, on a ses
234 examens. J'ai oublié de préciser que j'allais en stage en maison de retraite ; il me tarde, et je
235 n'ai aucune crainte. Ça fait un petit moment que j'ai eu le bac, que j'ai envie de travailler, alors
236 la pratique je suis contente, il était temps. C'est pour ça que je trouve cette formation bien : 50
237 % de cours, 50 % de stage. C'est génial. C'est vrai que les cours, on n'arrête pas, on accumule.
238
239 *Échange sur l'alternance cours/stage/vacances/cours*
240
241 Tous : Pendant les vacances, il faudra aussi travailler pour remonter les finances.

Extraits E2 CRF1 G1 (56'34)

1
2
3 F : une année qui est passée vite, et complexe : beaucoup de choses à assimiler, pas trop
4 structuré. Les formateurs et les intervenants ne sont pas tout à fait au point sur cette nouvelle
5 réforme. La structure des cours était parfois un peu désordonnée. Et pas adaptée à notre
6 niveau, trop compliquée. Par exemple, la psychopathologie où nous n'avons rien compris du
7 cours. les cours de psychiatrie n'étaient pas du tout adaptés aux infirmières. Et c'est général.
8
9 FL : moi c'est pareil je suis d'accord. Après la référente a reconnu que ce n'était pas forcément
10 un bon choix. Elle a changé d'intervenant.
11
12 F : c'est vaste, il y a beaucoup de choses à apprendre. D'autres sont moins approfondies.
13 Comme le calcul de dose par exemple, où on n'a pas approfondi les prescriptions. Il y a
14 encore beaucoup de tâtonnements.
15
16 FL : je ne me fais pas trop de souci pour les calculs de dose, car ils font partie d'une
17 évaluation à part. Ce n'est pas comme dans l'ancien programme où c'était beaucoup moins
18 évalué.
19
20 CB : et les stages ?
21
22 F : trois stages de cinq semaines. Ça s'est bien passé. J'ai vu beaucoup de choses, mais je ne
23 sais pas les faire avec dextérité encore. J'ai acquis la compétence trois et six. Par contre, la
24 pharmacologie, c'est plus compliqué : surveillance et indications. Ça nécessite beaucoup de
25 travail personnel sur les stages.
26
27 FL : ça a été tendu aussi. Le deuxième stage ne s'est pas très bien passé. J'avais un problème
28 de positionnement et de communication avec l'équipe. C'était en maison de retraite. Je me suis
29 rattrapée dans le troisième stage, en cabinet libéral. On se trouve larguée parfois concernant
30 les connaissances théoriques, surtout en pharmacologie. Moi je me trouve au point, à part les
31 antalgiques. Je trouve que les stages, c'est plus lourd que quand on est à l'école : on a 35
32 heures à faire par semaine et cela demande beaucoup de travail par ailleurs pour combler les
33 lacunes qu'on a. Moi je n'ai pas le temps de faire toutes les recherches que je voudrais, car
34 sinon j'arriverais à la fin du stage exténuée. Ce n'est pas le but non plus. On fait ce qu'on peut.
35
36 Z : moi les stages, j'ai été un peu déçue : j'ai fait trois stages en gériatrie, et en soins à
37 domicile orientation gériatrique. J'ai appris beaucoup de choses : approfondir les démarches
38 de soins, les traitements. On administre des médicaments que l'on ne connaît pas vraiment. On
39 nous demande beaucoup de travail personnel et c'est fatigant.
40
41 FL : en plus ici, ils ont fait le choix de faire les évaluations tout au long de l'année et non en
42 un seul bloc. Ce qui nous oblige à travailler tout le temps, on n'a pas de répit, de moment pour
43 se relâcher. Une semaine à ne rien faire ça se répercute immédiatement sur les évaluations.
44
45 F : il y a énormément de travail personnel, si on veut à avancer : autant à l'école qu'en stage.
46
47 Z : et puis les apports théoriques ne sont pas forcément en parallèle avec les stages. Donc on a
48 d'autant plus de travail personnel à faire, si on veut comprendre.
49
50 FL : en plus c'est un programme nouveau et on n'a pas de référence. Donc on se retrouve seule
51 avec les bouquins. Il n'y a pas la cohésion qu'on peut retrouver entre les deuxièmes et
52 troisièmes années. Le changement de programme a créé une sorte de cassure avec les autres.
53 Par exemple, les parrains et les marraines nous ont dit qu'ils auraient des difficultés à nous
54 aider vu que le programme était différent.
55

56 F : à la limite, c'est eux qui viennent nous demander des renseignements : sur le programme,
57 sur comment ça se passe pour nous... J'ai entendu dans les stages, qu'on avait plus de
58 capacités à faire des liens, à réfléchir sur des situations emblématiques, d'une manière globale
59 : c'est parce que on a des données d'emblée complètes dans les cours.
60

61 Z : on réfléchit sur le processus total et global.
62

63 F : les vacances vont faire du bien. On a besoin d'une coupure pour se poser, réfléchir à tout
64 ce qu'on a appris. Pour faire le point.
65

66 Z : j'ai rencontré d'autres premières années, et c'était complètement différent dans leur
67 manière de préparer leur évaluation, les stages. Nous, les stages sont imposés, alors que dans
68 les autres écoles les étudiants peuvent choisir.
69

70 F : moi je n'ai pas fait de stage de psychiatrie. Je pourrais le faire en troisième année.
71

72 Z : les écoles qui sont rattachées aux hôpitaux ont un peu plus de stages à proposer, et les
73 étudiants peuvent choisir plus facilement. Ce qui fait que nous il nous reste le reste,
74 franchement pour faire trois stages en gériatrie... Mais c'est vrai que j'ai refusé un stage en
75 crèche et j'ai préféré repartir en gériatrie qu'aller en crèche
76

77 F : ce que je trouve dommage, c'est qu'on ne puisse pas se trouver un stage : en nous donnant
78 des directives, les critères de choix d'un stage, on pourrait s'en trouver. Ça nous obligerait à
79 nous investir. Sans que ça soit obligatoire. Mais ça nous permettrait de choisir un secteur qui
80 nous intéresse un peu plus.
81

82 Z : je suis contente de mes stages, mais je n'ai jamais émis de souhaits. Ils ont été variés, de la
83 crèche à la maison de retraite, et j'ai pu voir l'être humain de l'enfance à la vieillesse.
84

85 FL : Moi, c'était un choix de ne pas aller en crèche. Mais en libéral, il y a 80 % de personnes
86 âgées.
87

88 Z : on peut faire un stage en EHPAD en troisième année, et ils offrent des soins variés.
89

90 F : je crois que ce qui est travaillé ici ce n'est pas l'autonomie, mais plutôt le fait de se prendre
91 en charge. Par exemple, j'étais en stage en pneumologie, et je suis allée chercher des
92 connaissances puisqu'on ne les avait pas vues ici à l'école. Parce que sinon ta prise en charge
93 n'est pas bonne, c'est une invention. L'autonomie pour moi c'est autre chose : par exemple se
94 chercher un stage tout seul.
95

96 FL : mais c'est tout à fait personnel. Ce n'est pas l'école qui va te pousser à aller chercher les
97 informations si tu ne les as pas.
98

99 Z : c'est quand même un esprit que l'école donne, les autres étudiants connaissent les
100 pathologies, ils baignent dedans.
101

102 F : il y avait en même temps que moi, une première année du CHU, elle avait fait une
103 recherche énorme sur les pathologies, limite médecine.
104

105 Z : mais toutes ces infos, ça n'a pas tellement d'impact sur notre démarche de soins.
106

107 F : mais si. Si tu ne connais pas la maladie, le traitement, ta prise en charge ne peut pas être
108 complète.
109

110 Z : on a besoin que de choses superficielles : en gros ce que sont la maladie, les effets
111 indésirables des traitements.
112

113 CB : superficiel... c'est-à-dire ?

114
115 FL : Non, il faut connaître plein de choses quand même... Ayant fait de la fac avant, je trouve
116 que c'est un peu rigide : il faut arriver à telle heure, il y a l'appel. Alors qu'à la fac, tu choisis
117 de venir ou pas, et c'est ça qui te responsabilise. Ici, là le cours est obligatoire, là il ne l'est
118 pas.
119
120 F : maintenant, ils nous mettent des cours obligatoires pour nous obliger à venir.
121
122 FL : et ça ne nous pousse pas à être autonomes. Finalement, ça finit que nous n'allons pas aux
123 cours qui ne sont pas obligatoires, parce qu'on a fait l'association : cours obligatoires = cours
124 important. On culpabilise moins de rater un cours qui n'est pas obligatoire. Alors que s'ils ne
125 faisaient pas cette distinction, on prendrait la formation comme entièrement importante. Ce
126 qu'elle est, mais eux font une distinction. Et pour ne pas avoir de sanctions administratives, on
127 vient au cours obligatoire. Et puis il y a des TD inutiles.
128
129 F : je ne pense pas qu'ils sont inutiles. Si tu regardes l'année passée, certains TD paraissaient
130 inutiles, mais en fait ils t'ont fait cogiter, prendre un mot dans tous les sens du terme,
131 décortiquer les choses, et ça a permis en tout cas pour moi de voir les choses de manière
132 beaucoup plus globale. Par exemple, on a travaillé une situation de soins en TD, et de
133 l'analyser tous ensemble, ça m'a permis de mieux la comprendre. Mais c'est vrai que certains
134 TD sont beaucoup trop longs, les formateurs arrêtent avant la fin, et d'autres beaucoup trop
135 courts : on aurait besoin de beaucoup plus d'heures pour travailler, c'est trop juste, on n'a pas
136 le temps de développer, de s'exprimer surtout.
137
138 CB : peut-être, ne voyez-vous pas l'utilité maintenant, tout de suite...
139
140 F : oui, il y a plein de choses qui s'intègrent à nous sans qu'on s'en rende compte.
141
142 FL : oui ça c'est valable par exemple pour les TD sur les démarches de soins. On en fait plein,
143 ça me paraît très répétitif. Et puis pour l'évaluation, quand on n'en a une à faire, c'est
144 beaucoup plus facile.
145
146 F : ce que je n'apprécie pas, c'est que les démarches que l'on a faites en stage ne sont jamais
147 corrigées. Ils disent juste si c'est bien ou pas bien.
148
149 *Cacophonie : discussion sur la démarche de soins, artificielle ou réelle. L'utilisation par les*
150 *soignants sur le terrain ou non.*
151
152 CB : s'il vous plaît, je n'entends rien dans ce brouhaha
153
154 F : ce qui est dommage, c'est que les soignants ne peuvent pas nous expliquer leur
155 cheminement, la manière dont ils ont priorisé les informations pour la démarche de soins. En
156 service, les infirmières m'avait dit que ma démarche était parfaite ; ici, il y a eu plein de
157 choses à revoir : le diagnostic que je n'avais pas vu par exemple.
158
159 F : non mais autrement, l'année s'est bien passée.
160
161 FL : oui, je ne sais pas pourquoi on aborde que les points négatifs.
162
163 F : pour les évaluations, il y a beaucoup de tricheurs, mais enfin, chacun prend ses
164 responsabilités.
165
166 FL : mais c'est général, c'est partout, dans toutes les écoles.
167
168 F : certains vont au rattrapage parce qu'ils n'ont pas pu répondre à une question ou à des
169 questions ; et d'autres qui n'ont rien fait, qui ont triché pendant l'évaluation, s'en sortent bien.
170 Après, face à un patient, ils n'auront pas leur téléphone pour pouvoir répondre. Mais c'est
171 déstabilisant d'avoir à côté quelqu'un qui pompe sur son téléphone, ou sur ses pompes. C'est

172 dommage pour ces étudiants, parce qu'à un moment, dans des situations, forcément il va leur
173 manquer des informations.
174
175 Z : ce qui est aussi dommage, c'est la manière dont cela a été réglé : par la dénonciation. Et on
176 a appris ça, ce matin, par hasard. Les formateurs ont fait comme s'ils découvraient ça, alors
177 qu'on les avait prévenus de nombreuses fois, j'en conclus qu'ils ne veulent pas voir. Ce qui est
178 dommage aussi, c'est qu'il n'y ait pas eu de concertation entre nous. Certains pensent que cela
179 jette le discrédit sur la promotion tout entière.
180
181 CB : ah... ce n'est pas une bonne ambiance...
182
183 Tous : de toute façon c'est comme ça depuis le début de l'année. C'est une promotion plutôt
184 individualiste, éclatée en petits groupes.
185
186 Z : on est privilégié pour les évaluations qui sont échelonnées sur le semestre.
187
188 F : pour les rattrapages, on a très peu de temps pour réviser entre les résultats du semestre et le
189 rattrapage, et ça c'est très déstabilisant.

Extraits E2 CRF1 G2 (35'52)

1
2
3 W : je viens de voir X. pour un problème. Je n'ai pas acquis la compétence 3. Elle m'a parlé
4 comme si j'étais du bétail. C'est contraire aux valeurs qu'elle diffuse. Je suis hyper déçu. Je lui
5 ai expliqué que la date de stage ne me convenait pas et je lui ai demandé si ça ne pouvait pas
6 être avancé d'un mois. Il n'y a pas moyen de parler avec elle. C'est un mur. Je suis un peu
7 dégoûté. Elle aurait pu me le dire un peu plus gentiment. Elle m'a dit qu'il fallait que je
8 choisisse entre la formation et les vacances.
9
10 C : tu peux peut-être te chercher un stage toi-même.
11
12 W : en gros, ils sont tous en vacances en juillet. Je trouve qu'ils ne sont pas très, très
13 arrangeants.
14
15 C : il faut que tu te battes.
16
17 W : je suis déçu par rapport aux idéaux qu'ils nous énoncent, et quand tu vois comment ils te
18 parlent. Ça donne pas envie de continuer franchement.
19
20 C : mais toi comment tu te sens par rapport à ta formation, tu te sens bien en place ?
21
22 W : l'année a été dure, pour moi, ça ne va pas être simple. Dans le sens où on a un peu de
23 pression pour remplir les objectifs. Ce n'est pas évident. Là j'espère que ce sont les derniers
24 soubresauts. Première année pas évidente. J'ai un rattrapage à faire. En plus j'ai eu 4,5/20 donc
25 je ne peux faire que mieux.
26
27 S : Pour moi, ça va. Bien. L'année est finie, tout est validé.
28
29 W : moi j'ai du mal avec des compétences. Je me demande si c'est véritablement une
30 formation professionnalisante : en stage on nous dit qu'on est trop scolaire, ici on nous dit
31 qu'il faut nous y mettre, à travailler.
32
33 S : j'ai appris beaucoup de choses. C'est difficile de décrypter ce portfolio. Les professionnels
34 aussi. Si on va par là c'est à améliorer en permanence. Il faut bien expliquer ce que nous, on
35 attend du stage. Il faut donc le relire, et le relire encore, pour bien le comprendre. En plus, ce
36 qui n'était pas clair, c'est que si on ne validait par la compétence numéro 3 on ne pouvait pas
37 le faire le semestre suivant.
38
39 C : très bonne année, les trois stages se sont très bien passés. Le dernier en crèche, j'ai eu la
40 zen attitude, je me suis adaptée. L'animation, ça va un moment. J'ai de la chance, j'arrive à
41 m'intégrer très facilement. Et plutôt de manière directe.
42
43 W : je n'ai pas trouvé cette première année très, très intéressante, c'est peut-être pour ça qu'on
44 m'a trouvé en retrait. Il me tarde de suivre les infirmiers parce que là, j'ai suivi surtout les
45 aides-soignantes. Ce n'est pas ce que j'ai envie de faire. Je me pose des questions. Et moi, j'ai
46 des difficultés à m'intégrer. Je ne suis pas trop adaptable. Il faut peut-être des stages plus
47 longs. Le problème avec le portfolio, c'est que ça fait un peu casier judiciaire. Si ça se passe
48 mal, tout est marqué. Et les équipes commencent par lire le portfolio.
49
50 C : en deuxième année, on aura moins droit à l'erreur. Il faudra qu'on fasse beaucoup plus de
51 soins.
52
53 S : des difficultés, ce n'est pas tant par rapport au métier que par rapport au relationnel : avec
54 les soignants. Ce sur quoi on est évalué finalement c'est ça. Comment on se comporte avec les
55 référents.
56

57 W : mais c'est pareil ici. Ce n'est pas parce qu'on est stagiaire qu'on doit mal parler. Et puis
58 une question d'âge aussi : aujourd'hui j'ai 30 ans, on est moins modulable parce qu'on a une
59 histoire de vie et un parcours. On accepte moins les choses que les plus jeunes.
60

61 CB : ce qui vous a touché, c'est d'avoir entendu des paroles contraires aux valeurs prônées.
62

63 W : je suis redescendu de mon nuage, de toute façon je n'y croyais pas trop non plus. Surtout
64 émanant de la plus haute autorité ici. J'ai été très surpris.
65

66 C : tu ne t'es pas confronté aux valeurs de l'institution mais aux valeurs d'une personne.
67

68 W : oui mais une personne qui représente l'institution. Et puis il y a pire que moi. Je ne
69 perturbe plus l'amphi.
70

71 S : Au niveau de la promo, tout le monde parle avec tout le monde. Mais il y a des groupes.
72 Mais on ne se mélange pas. Ce que je voudrais dire, c'est qu'il y a beaucoup de choses en tête
73 qui ne servent strictement à rien. Sur 8 heures de TD, six pourrait être supprimées.
74

75 C : je te rejoins sur ça. Surtout que comme nous sommes acteurs de notre formation,
76 professionnalisante, on nous laisse une feuille, et on revient 2 heures après. Je ne n'apprécie
77 pas ça. On travaille tout seul et ce n'est pas systématiquement exploité.
78

79 W : l'organisation des rattrapages est faite pour mettre l'étudiant en difficulté.
80

81 S : on est fatigué. Il est temps que ça s'arrête. Quand je rentre chez moi, je fais 2 heures de
82 sieste, ce qui est inhabituel.
83

84 C : je ne regrette pas mon choix.
85

86 S : moi non plus
87

88 W : je verrai demain moi.
89

90 CB : vous avez rencontré d'autres étudiants ?
91

92 C : oui de Xavier Arnozan. Ils sont très en retard sur la démarche de soins, nous on avait des
93 démarches complètes à rendre, eux que des recueils de données.
94

95 S : à Bagatelle, leur référent ne vient les voir en stage qu'une fois de temps en temps, nous
96 c'est à chaque stage. Et puis aussi, dans l'analyse, ils font plus d'interprétation, des hypothèses.
97 Alors que nous on nous demande de partir sur des données fiables.

Extraits E2 CRF1 G3 (28'48)

1
2
3 E : je n'étais pas là, au premier entretien. J'ai 23 ans, j'ai une licence d'histoire, mes parents
4 sont médecins.
5
6 Tous : on passe en deuxième année !!
7
8 S : ça m'a conforté dans mon choix. On voit mieux ce qui fait le métier, et vers où on aimerait
9 s'orienter, notre projet professionnel. Pour la deuxième année, on nous a demandé de choisir
10 des lieux de stages : moi j'ai choisi l'hôpital, en médecine. Pour voir quelque chose de
11 traditionnel et de classique. Ensuite sur la réadaptation. J'ai aimé le cours fait par une
12 infirmière sur le handicap social, mental... Elle m'a donné envie d'aller voir ce qui se faisait
13 dans sa structure. En fin de formation, j'aimerais bien aller en hospitalisation à domicile, en
14 SSR et pour le dernier j'aimerais bien aller en soins palliatifs. Voilà mes projets.
15
16 N : j'ai validé ma première année. Il me manque six petits crédits, mais je compte les avoir là
17 bientôt. J'espère avoir plus de diversité en deuxième année dans mes lieux de stage. J'ai
18 demandé la psychiatrie. Et la maternité, en chirurgie, pour le stage de 10 semaines.
19
20 CB : et au niveau des compétences ?
21
22 S : ah oui ça oui. Parce que la vision de l'infirmière gentille par nature, c'est une vue de
23 l'esprit. On a des qualités personnelles certes, mais on apprend aussi beaucoup. Ça se travaille.
24 Là c'est tout ce qui était rôle propre que nous avons appris. Mais c'est aussi très technique.
25
26 N : mais même pour ces soins, le relationnel est important. Et pour certains, le relationnel
27 n'est pas inné.
28
29 E : moi j'ai eu des difficultés avec les personnes âgées : je n'ai jamais fréquenté des personnes
30 âgées à part mes grands-parents, mais là ce sont des patients. L'adaptation à eux est
31 permanente, et ce n'est pas évident de s'adapter à chaque fois, à chaque fois. Et surtout le
32 rapport avec la mort, la vieillesse...
33
34 N : ce n'est pas évident parce que ça nous renvoie à nous, à ce qu'on sera plus tard. C'est
35 difficile, c'est quelque chose qu'on ne voit pas forcément dans les autres métiers. Il y a une
36 remise en question beaucoup plus importante dans le métier de soignants. C'est ce qui fait la
37 richesse du métier d'ailleurs.
38
39 S : cela a été bien inclus dans la formation : l'empathie, les mécanismes de défense, nos
40 valeurs... Vraiment décortiquer la relation à l'autre. Et ça s'apprend. Et je ne l'imaginais pas
41 avant de commencer la formation. D'ailleurs, je pense que dans les entretiens d'entrée, c'est ça
42 qu'ils essayent de voir : si on a « la vocation », si on est vraiment dans une démarche
43 professionnelle. C'est maintenant que je me rends compte de ce qu'ils cherchaient à évaluer.
44
45 N : on fait des liens maintenant, ça prouve qu'on a appris des choses, on a gagné en maturité.
46
47 E : on est peut-être aussi formaté avec tous les cours qu'on a eus avant de partir en stage sur
48 les principes et les grandes valeurs.
49
50 N : On a eu un cours sur les grandes valeurs, ce n'est pas pour rien.
51
52 S : dans la vie de tous les jours, on ne se pose pas toutes ces questions.
53
54 F : moi aussi, je porte un regard positif sur toute cette année.
55
56 C : moi aussi, c'est plutôt positif. Ça s'est plutôt bien passé. Après, pour un projet à long
57 terme, c'est difficile car on n'a pas vu grand-chose en première année. Les stages ont été

58 enrichissants, d'une façon ou d'une autre : positifs ou on a pu déchanter. Déchanter c'est peut-
59 être un peu fort, tout n'a pas été rose : des choses ont été plaisantes, d'autres déplaisantes. Les
60 attitudes des professionnels, les attitudes des malades, mes propres réactions à chaud, ça été
61 enrichissant.
62

63 F : moi j'ai eu un deuxième stage hyper douloureux : une équipe contre les stagiaires, dans un
64 hôpital X. Avec le recul, ça m'a vraiment aidé. Sur un plan complètement personnel. C'est-à-
65 dire je me suis demandé qu'est-ce que je fais dans une équipe, qu'est-ce qui oriente mes choix.
66 En réflexion personnelle c'était très enrichissant ; par contre, l'équipe m'a démolie. Démolie,
67 démolie. Je n'ai pu tenir que quatre semaines.
68

69 S : comme quoi l'école est aussi là pour nous guider dans l'analyse, parce que nous on est trop
70 dans nos affects, dans ce qu'on ressent, et ils maintiennent ce cadre très sécurisant.
71

72 F : oui, très sécurisant, une vraie école.
73

74 CB : qu'est-ce qui vous a étonné, autant en stage qu'à l'IFSI, dans cette première année ?
75

76 F : moi je n'ai pas été étonnée par grand-chose. Par contre j'ai été confortée dans mes choix
77 pour plus tard dans ce que je voulais faire et surtout dans ce que je ne voulais absolument pas
78 faire. Je pense par exemple que je n'exercerai absolument pas en service.
79

80 S : moi c'est pareil : la soumission à l'autorité, la dynamique de groupe qu'il peut y avoir dans
81 les services, je les ai subis et comme toi, je les ai analysés après. Moi j'ai l'impression que j'ai
82 subi de la maltraitance au même titre que la personne âgée qui a participé à cette évaluation
83 avec une aide-soignante qui voulait très bien faire, et reproduire les MSP. À la fin, ça génère
84 quelque chose de douloureux, d'irréaliste, et à la fin, on est dans la maltraitance. Comme quoi,
85 la maltraitance nous guette à chaque détour de couloir. C'est là que les valeurs ont leur
86 importance : ça, c'est bien ; ça, c'est mal.
87

88 F : en service, je m'en doutais, ça ne m'intéresse absolument pas de mettre sur un chariot ce
89 dont j'ai besoin, à 7H du matin. Je n'ai pas envie de travailler à l'usine. Ni d'être
90 manutentionnaire. Je n'ai pas non plus envie de ne voir les malades que trois minutes par jour,
91 et de me coltiner une équipe d'infirmières plutôt langues de vipère. J'ai aussi vu autre chose :
92 le troisième stage a été tout le contraire, à l'HAD. (*Explique à ses camarades ce qu'est*
93 *l'HAD*).
94

95 S : oui mais là aussi, tu subis l'organisation. Par contre, ça a aussi un côté rassurant : le malade
96 est rassuré de voir que l'infirmière, ça fait 15 000 fois qu'elle fait ce bilan sanguin. Je trouve
97 que là, c'est là que le cadre a une fonction importante
98

99 E : dans le service, la cadre a été viré parce qu'elle n'était pas assez autoritaire. Et après
100 l'équipe a fait n'importe quoi, il y avait les absences... Et puis ça retentit sur les patients.
101

102 CB : avez-vous rencontré des étudiants d'autres écoles ?
103

104 E : j'ai rencontré des étudiants de Xavier Arnoz. On a une chance incroyable d'avoir les
105 évaluations en continu. Eux, ils sont complètement en système universitaire : ils ont leurs
106 partiels en janvier et en juin. Ils ont plus de chances de se planter à l'écrit que nous parce
107 qu'ils ont tout en même temps. On a la chance aussi avec Charles Perrens d'avoir le deuxième
108 stage de première année coupé en deux. Passer 10 semaines en maison de retraite, c'est
109 terrible. On a 10 semaines pour faire des erreurs. Et tomber dans la routine.
110

111 C : je ne crois pas que c'est un stage de 10 semaines qui va nous faire tomber dans la routine.
112 Ça veut dire que dans ton exercice professionnel, il faudra que tu changes toutes les huit

113 semaines de service. Tu es mal barrée. Moi je me serais bien vu 10 semaines en maison de
114 retraite, peut-être pas en crèche.
115
116 CB : 10 semaines peuvent aussi laisser le temps de réajuster si besoin.
117 C : de réajuster ou de se planter. Ça dépend des équipes aussi.
118
119 F : ce stage de cinq semaines ne se serait pas passé de la même manière si j'avais été salariée :
120 au bout de trois jours, on réglait nos comptes. Mais là, j'étais stagiaire, et je n'ai rien dit. Et 10
121 semaines dans ce stage-là, c'était carrément impossible.
122
123 C : j'aurais pu très bien aller dans ce service après toi, et que ça se passe très bien pour moi.
124 On ne peut pas savoir. C'est au feeling.
125
126 F : ah ! Une équipe ce n'est pas qu'au feeling. C'est un phénomène de groupe. Moi, quand j'ai
127 été virée du service, c'était par huit personnes, par une équipe.

Extraits E2 CRF1 G4 (45'48)

1
2
3 Tous : une très bonne année, on a pu partir sereinement en vacances.
4

5 CB : y a-t-il des choses qui vous ont étonnées durant cette année ?
6

7 A : j'ai appris beaucoup de choses sur la profession infirmière, il y avait des choses que je ne
8 soupçonnais pas du tout comme le rôle propre, je ne voyais vraiment que le rôle prescrit,
9 l'assistante médicale.
10

11 MG : on commence avec une certaine idée et puis on finit la première année en ayant
12 totalement changé. Enfin pas totalement : mais une ouverture d'esprit, des valeurs, on fait plus
13 attention à certaines choses mêmes dans notre entourage. Je n'ai pas d'exemple précis mais je
14 me suis trouvée changée.
15

16 M : moi, je n'ai pas trop changé je pense. Je n'imaginai pas non plus qu'il y avait autant de
17 connaissances à avoir, les capacités d'adaptation aussi, la remise en question. Donc c'est très
18 formateur.
19

20 CB : et par rapport aux stages ?
21

22 M : ils permettent d'avancer et de voir où on n'ira pas travailler juste après le diplôme. Moi je
23 veux aller travailler à l'hôpital et si possible en pédiatrie. La maison de retraite et le libéral, je
24 sais que ce ne sera pas pour moi tout de suite.
25

26 A : ils se sont bien passés. Le stage en maison de retraite a été un peu long, je l'ai trouvé trop
27 rébarbatif ; les deux autres j'étais à domicile, j'ai vu plein de choses. Je ne ferai pas du libéral
28 tout de suite car c'est très difficile d'avoir une vie à côté. J'aime bien apprendre sur le terrain.
29 Mon projet a évolué aussi. Je me rends compte que je ne veux pas aller travailler à l'usine.
30 Quelque part où on a le temps de s'occuper des gens. Je ne sais pas où exactement.
31

32 MG : j'ai fait libéral, maison de retraite et gériatrie. Libéral pas tout de suite, plus tard. Maison
33 de retraite : beaucoup de responsabilités, répétitif, ça va cinq minutes. Et puis l'hôpital, je n'ai
34 pas envie de travailler comme à l'usine. Mais en même temps j'ai le projet de travailler chez
35 les grands brûlés, et donc je verrai comment ça se passe. En gériatrie, ce n'était pas
36 véritablement l'usine : il y avait un secteur de soins palliatifs, deux infirmières pour trois
37 patients, et elles prenaient réellement le temps. Ce qui est difficile dans les services où la
38 charge de travail est importante, c'est de choisir entre les patients, de prioriser ce que l'on va
39 faire. L'ennui, c'est qu'on a des êtres humains en face de nous, et qu'à leur place, on n'aimerait
40 pas attendre autant.
41

42 M : pour la place de l'infirmière dans l'équipe, j'ai trouvé que les infirmiers ne s'affirmaient
43 pas. En maison de retraite, c'est peut-être vrai que ce sont les aides-soignantes qui ont le plus
44 de choses à dire sur les résidents parce qu'elles sont le plus proches. Mais quand même, je
45 trouvais qu'ils ne parlaient pas beaucoup, que ça restait très médical, que les soins techniques.
46

47 A : j'ai trouvé que l'infirmière était à part. Les aides-soignantes faisaient leur boulot de leur
48 côté, tenaient l'infirmière au courant. Chacune était de son côté. Il n'y avait pas trop de
49 collaboration.
50

51 MG : parfois il y a une sorte de guéguerre entre les infirmières et les aides-soignantes alors
52 que ça serait beaucoup plus riche si on travaillait ensemble. Nous, les étudiants, on s'en rend
53 compte parce que parfois on nous prend à partie. Surtout en maison de retraite, l'infirmière est
54 à part, c'est en gériatrie que j'ai vu un travail d'équipe, un travail en binôme. Mais pour les
55 toilettes, certaines infirmières refusaient de les faire.
56

57 CB : et que pensez-vous de cela ?

58 A : à la base, c'est notre rôle propre et puis on partage beaucoup pendant la toilette, mine de
59 rien.
60

61 CB : avez-vous rencontré des étudiants d'autres écoles ?
62

63 MG : oui moi en maison de retraite, et en gériatrie aussi. C'était des étudiants de 1^{ère} année du
64 CHU, de Charles Perrens et de Bagatelle : on discutait des cours, du nouveau programme, vu
65 qu'on essuie un peu les plâtres. On comparait un peu les plâtres qu'on avait à essuyer : c'était
66 partout pareil. Par contre j'ai rencontré des 3^{ème} années, il y avait comme une barrière, c'est
67 comme si on n'avait pas les mêmes études. À Bagatelle, ils ont dit que c'était très strict et
68 qu'on n'écoutait pas les élèves.
69

70 A : je n'ai rencontré aucun étudiant. Sauf une étudiant en prépa, qui m'a posé beaucoup de
71 questions, mais je n'ai pas pu la rassurer puisque déjà moi je ne l'étais pas.
72

73 M : j'ai rencontré une 1^{ère} année de Charles Perrens, ça s'est très bien passé. Heureusement
74 que parfois on est deux, on n'est pas toute seule. J'étais contente d'être avec elle. Et il y avait
75 des élèves aides-soignantes aussi, et on a discuté de nos programmes respectifs. C'était bien,
76 parce que je ne connaissais pas du tout le programme aide-soignant. À Charles Perrens, ils
77 sont très axés psychologie et sociologie. Nous avions une démarche de soins pendant le stage
78 à faire, et on ne les fait pas du tout de la même façon. D'ailleurs la directrice de la maison de
79 retraite préférait la sienne à la mienne : elle était trop désordonnée pas structurée, mal
80 organisée. Enfin surtout le recueil de données. À l'école ici, on m'a dit que ça arrivait souvent
81 et que ce n'était pas trop grave. Nous on fait besoin par besoin, et on met les traitements dans
82 les besoins, on met beaucoup de choses dans les besoins. Alors qu'elle, ça commençait par la
83 biographie de la personne, puis les besoins perturbés, les traitements, les antécédents.
84

85 Tous : nous partons en stage dans trois semaines, hôpital et santé mentale.
86

87 A : mais la pédagogie n'est pas très intéressante. Là on commence ce 3^{ème} semestre très
88 doucement, mais on ne fait que de la santé publique. Certains intervenants ne font pas de vrais
89 cours. C'est peut-être aussi rassurant d'avoir un prof qui vous apprend des choses. C'est bien
90 d'être guidé. Et puis cette année, ils veulent absolument qu'on fasse des jeux de rôle. Et ça, je
91 n'aime pas ça. Qu'on fasse des présentations orales devant toute la promotion, et moi je ne
92 peux pas. J'ai l'impression que je suis tellement stressée par ça que je n'apprends pas.
93

94 MG : en plus ils ont changé les groupes, dans notre groupe précédent, on se sentait vraiment
95 en sécurité, il y avait pas d'histoire. Du coup maintenant, il y a des clans dans les groupes.
96

97 CB : c'est comme si c'était les groupes de S1 qui était les plus importants.
98

99 MG : ah oui ! ce sont eux qui restent. Quand on va au self, on se retrouve de l'ancien groupe.
100

101 M : la politique ici avant, c'était de ne pas changer les groupes. Ça a changé cette année. De
102 toute façon, les relations qu'on a nouées en première année resteront toujours.
103

104 A : en santé publique, on a un travail de groupe à faire. On ne va pas se mettre avec des gens
105 qu'on ne connaît pas, on ne sait pas comment ils travaillent, on a déjà des a priori. Et les jeux
106 de rôle par-dessus, ce n'est pas évident. Mais c'est un nouveau formateur qui a initié ça. On
107 était habitué à un certain respect : ceux qui voulaient parler parlaient mais on n'était pas
108 obligé. Ils ne respectent pas notre communication non verbale.
109

110 MG : ce sont des jeux de rôle sur la relation soignant-soignée. Mais il ne nous montre jamais
111 comment il faut faire : il pourrait prendre un étudiant avec lui et nous montrer comment entrer
112 en relation avec le malade. Il nous dit qu'on n'y arrive pas, qu'on ne se comporte pas comme
113 il faut. Mais nous on ne sait pas comment lui il y arrive. Et puis, il part du postulat qu'on ne

114 connaît pas le cas du patient. Alors que dans la réalité, on va voir son dossier, on a des
115 informations sur le patient.
116
117 M : comment le patient peut nous percevoir s'il se rend compte qu'on ne sait rien de lui, même
118 le minimum ?
119
120 CB : ah, ce nouveau formateur, il fait parler de lui...
121
122 MG : on est déstabilisé. Et puis ce formateur, il ne nous a pas dit ce qu'il avait fait avant. Tous
123 les autres formateurs nous avaient dit leur parcours, l'expérience. On savait vers qui se tourner
124 si on avait des questions spécifiques. Et lui ne l'a pas fait. Donc on lui a demandé et il a paru
125 très étonné. Il a travaillé en psychiatrie.

Extraits E1 D1 G 1 (29'33)

- 1
2
3 C: 19 ans, bac SMS, une année de biologie et une année de prépa. Mon père est gendarme sur
4 Paris, et ma mère est employée de bureau.
5
6 I : 19 ans, bac SMS, prépa au concours au GRETA à Bayonne. Mon père est retraité des
7 travaux publics, et ma mère femme de ménage.
8
9 M : 18 ans, bac ES, mes deux parents sont fonctionnaires de police à Bayonne. Un seul
10 concours.
11
12 E : 19 ans, bac S, une année de prépa par correspondance, plusieurs concours différents :
13 orthophoniste, infirmière et psychomoteur.
14
15 CB : pourquoi Dax ?
16
17 L : j'avais 10 points d'écart à l'oral entre Dax et Bayonne, alors que les motivations sont les
18 mêmes. La psychologue m'avait beaucoup cassée.
19
20 C : j'avais déjà passé le concours il y a deux ans, l'année du bac, cinq concours. Mais je
21 n'étais pas réellement motivée et je ne les avais pas préparés. J'ai été reçue à l'oral de la
22 Croix-Rouge à Toulouse mais j'étais trop jeune. À l'oral à Dax, ça s'est très mal passé : au
23 final j'ai eu 12. J'ai été appelée une semaine avant la rentrée.
24
25 E : trois concours infirmiers, j'ai passé l'oral à Bagatelle, la Croix-Rouge et Dax. Je n'avais pas
26 vraiment préparé les oraux. À la Croix-Rouge, c'était le premier, il s'est bien passé et j'ai eu
27 huit. À Bagatelle, ils m'ont titillé sur le fait que j'avais été hospitalisée quand j'avais 11 ans,
28 c'était douloureux pour moi. Surtout la psychologue. J'ai eu huit aussi. À Dax, j'étais très
29 tranquille. J'étais sur liste principale.
30
31 M : un seul concours.
32
33 CB : et Dax par rapport aux autres écoles ?
34
35 E : par rapport à Bayonne, ils sont beaucoup plus stricts, et le matériel ça n'a rien à voir. Ici,
36 on a des écrans plats au fond des classes. D'après ce que nous ont dit les deuxièmes années,
37 c'est une bonne école.
38
39 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ?
40
41 E : c'est ce qu'on vient de nous dire sur la responsabilité, les erreurs de dosage qui font qu'on
42 arrête la formation.
43
44 L : je n'avais pas du tout envisagé cet aspect-là. Moi je voulais faire kiné. Mais en fait c'était
45 trop technique pour moi. L'infirmière est une soignante, mais avec tout un aspect
46 psychologique.
47
48 C : c'est le métier qui combine le médical et le relationnel, on est un maillon fort de la chaîne
49 soignante. On a des responsabilités mais sans avoir celle du médecin. En plus, le médecin n'a
50 pratiquement pas de contact humain avec le patient. L'infirmière est plus là pour reconforter,
51 apporter une présence pour les gens qui sont seuls, en détresse.
52
53 M : moi c'est aider, soigner, parler avec le patient. Et aussi aux familles.
54
55 E : ma tante est infirmière, mon oncle est IBODE, j'avais parlé avec eux avant les concours.
56 J'avais une image assez réaliste, mais je n'avais jamais abordé avec eux la responsabilité, finir
57 sa carrière comme ça d'un jour à l'autre.
58

59 L : la fille était en troisième année, à la fin de la formation, et hop ! Elle fait une croix sur sa
60 carrière.
61
62 C : c'est une question de jugeote quand même : injecter 4 g de potassium quand même !
63
64 L : on n'est jamais à l'abri d'une inattention.
65
66 *Discussion vive sur les erreurs de dosage.*
67
68 E : l'infirmière est une personne qui est là pour vouloir aider les gens, vouloir les écouter, les
69 aider à dépasser leurs problèmes pendant qu'ils sont en période de crise, c'est plus ce côté
70 relationnel. Mais il y a aussi le côté technique qui est intéressant. Puis les possibilités
71 d'évolution, des lieux d'exercices divers.
72
73 CB : comment appréhendez-vous les stages ?
74
75 L : ce que j'appréhende, c'est l'entente avec l'équipe. Comment ça va se dérouler, ce qu'elles
76 attendent de nous, on ne sait rien faire, on a tout à apprendre. Et peut-être qu'on n'apprendra
77 pas bien du premier coup. Il a fallu travailler la capacité à assimiler tout ce qu'on va
78 apprendre dans très peu de temps.
79
80 E : et aussi la capacité d'adaptation. Parce qu'on part dans l'inconnu, en psychiatrie.
81
82 C : moi je vais en résidence pour personnes âgées, c'est très intéressant.
83
84 M : en médecine à Dax. Infectieux et Hématologie. J'appréhende plus le deuxième stage en
85 géro-psycho-geriatrie. J'ai jamais été confrontée à des gens qui sont dans des services comme
86 ça, comment je vais réagir ? Ne pas savoir comment leur parler, avoir des gestes un peu
87 maladroits. Il faut passer par là.
88
89 L : je vais d'abord en chirurgie... et je ne sais rien faire !
90
91 CB : avez-vous eu des TP avant de partir en stage ?
92
93 L : on en a eu un sur la prise de la tension, mais tout le monde n'a pas pu faire, il n'y avait que
94 deux appareils et on avait une demi-heure. On nous dit qu'on apprendra en stage.

Extraits E1 D1 G2 (32'08)

- 1
2
3 C : 23 ans, bac STT, un an fac de droit sans diplôme, deux ans en BTS assistante de gestion
4 sans diplôme non plus. Mon père est conseiller financier, ma mère est retraitée aide-soignante.
5
6 F : 31 ans, coiffeuse dont huit ans à domicile, puis je suis allée travailler dans un centre pour
7 handicapés, j'ai fait l'école aide-soignante l'année dernière à Dax et en même temps je
8 préparais le concours infirmier. Ma mère est employée dans une usine, mon père est décédé :
9 il était enduiseur de façade.
10
11 FL : 32 ans, j'ai un DESS de dynamiques des écosystèmes aquatiques, j'ai une licence de
12 biologie aquatique, j'ai travaillé deux mois pour la fédération de chasse pour de petites
13 missions, je me suis tournée ensuite vers l'enseignement pour faire des vacances : j'ai
14 enseigné comme prof de SVT en lycées et collèges. Mon père est retraité responsable
15 logistique dans une usine, ma mère est retraitée chevrrière et aide-ménagère. J'ai trois enfants.
16
17 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ?
18
19 C : j'ai beaucoup de membres de ma famille dans le milieu hospitalier, c'est un beau métier :
20 on est proche des gens, pour moi l'infirmière est au centre de tout. Elle gère tout avec tout le
21 monde. Ma sœur qui est aussi aide-soignante et ma mère m'en ont parlé comme ça : parfois
22 l'infirmière arrondie aussi les angles. Essayez de faire le maximum pour que tout se passe
23 bien. L'infirmière fait les soins purs : les soins techniques.
24
25 F : elle est là pour une aide psychologique, faire le tampon avec le médecin, l'avantage
26 d'infirmière, et c'est pour ça que j'ai voulu continuer, c'est qu'elle a un rôle technique
27 important, qu'elle a des évolutions de carrière. Là, l'aide-soignante est bloquée. L'infirmière
28 touche plus au médical. Aussi elle fait apparaître le côté psychologique des problèmes que
29 rencontrent les malades.
30
31 FL : les soins techniques mais aussi accompagner moralement la personne, et c'est ça qui
32 m'intéressait le plus. J'ai été souvent hospitalisée et j'ai regretté d'avoir eu affaire avec des
33 équipes infirmières inhumaines. Je me suis toujours promis depuis que j'ai décidé de faire ce
34 métier, de ne pas être comme ces infirmières. Pour moi être insociable est incompatible avec
35 le métier d'infirmières. C'est ce que je ne veux pas être.
36
37 CB : et est-ce que cette image a un petit peu bougé ?
38
39 FL : la, on parle beaucoup de paperasse à remplir et je n'avais pas du tout imaginé ça. Ce n'est
40 pas du tout cette idée-là que j'avais de l'infirmière.
41
42 F : en même temps, c'est une protection. Il faut se protéger de tout. D'une attaque au tribunal.
43
44 FL : c'est la responsabilité, et ça fait peur. Une erreur arrive vite. (*C. acquiesce*) et l'erreur
45 peut être fatale, dramatique.
46
47 *Discussion sur les erreurs de dosage et leur responsabilité.*
48
49 FL : même si on étudie les circonstances, faire une erreur ça pèse, et on s'en veut toute la vie.
50 Petit à petit, je me rends compte qu'il va y avoir beaucoup de responsabilité sur nos épaules,
51 c'est bien et en même temps c'est lourd. Ça fait peur. Ça nécessite d'être toujours vigilante et
52 consciencieuse.
53
54 CB : avez-vous présenté d'autres concours ?
55
56 C : trois sur Bordeaux et ici.
57
58 F : que celui-là.

59 FL : que les Landes.
60
61 C : je n'ai réussi que Dax. J'aurais préféré Bordeaux (Charles Perrens, le CHU et la Croix-
62 Rouge), question mobilité, ici je suis un peu coincée. Je n'ai pas le permis. Sinon Dax c'est
63 bien, c'est plus petit.
64
65 FL : à Mont-de-Marsan j'étais sur la liste complémentaire, et ça m'arrangeait d'être prise plutôt
66 à Dax pour l'hébergement et la vie de famille.
67
68 CB : et pourquoi l'IFSI de Dax ?
69
70 FL : il y a du matériel mais ça ne marche pas souvent.
71
72 C : il n'y a pas que le matériel. On se rend compte que les formatrices ont du mal avec le
73 nouveau programme.
74
75 F : ce n'est pas structuré, et on a du mal à voir où on doit s'arrêter dans les cours.
76
77 FL : on voit que les profs sont complètement largués, les pauvres, elles ne peuvent pas
78 s'engager. Elles le disent. Du coup, on est un peu des cobayes. À Bayonne, ils ont dit que
79 comme ils n'étaient pas au point avec le nouveau programme, ils reportaient la rentrée. Sinon
80 j'aurais tenté Bayonne. Là, ils ont eu les textes 15 jours avant la rentrée et ils n'ont pas pu tout
81 mettre en œuvre pour que ça soit bien, et on en fait les frais. On a des heures et des heures de
82 travail personnel à faire à la maison, c'est très lourd.
83
84 F : c'est nous qui faisons nos propres cours, par exemple l'anatomie du cœur, du squelette.
85 Mais on ne sait pas exactement si ce qu'on a fait est correct ou pas, on a les grandes lignes de
86 la correction. C'est tout. De la rentrée à janvier, on aura fait toute l'anatomie, de la cellule au
87 corps complet. Et c'est très lourd. Ça demande une organisation solide. Et le problème, c'est
88 qu'on ne sait pas où on va. Ils ne nous ont pas dit ce qu'ils voudraient qu'on ait acquis à la fin
89 de l'année.
90
91 FL : en plus, les profs se contredisent (*C. acquiesce*) : ça il ne faut pas le savoir ; Ah mais si,
92 ça, il faut absolument savoir... Donc on ne sait pas. Comme les muscles, il faudrait tous les
93 connaître : c'est passionnant, mais c'est lourd. A-t-on besoin de connaître tous les muscles
94 qu'il y a dans la jambe ? C'est le gros point noir de la formation
95
96 CB : comment appréhendez-vous les stages ?
97
98 C : je vais en foyer logement, c'est un truc pour les Alzheimer. Après je vais en cardiologie.
99
100 F : en maison de retraite à Seignosse tout près de chez moi ; puis en chirurgie digestive et
101 vasculaire.
102
103 FL : en SSR, après, en maison de retraite dans mon village.
104
105 C : ce qui me fait peur, c'est d'être toute seule, de faire des erreurs.
106
107 F : la première année c'est l'année d'aide-soignante, tu feras des soins de nursing, tu ne
108 toucheras aucun médicament, rien de tout ça.
109
110 C : et même, faire une toilette avec des sondes et tout ça, ça m'impressionne, ça fait peur.
111
112 FL : ce qui me fait peur, c'est d'oublier ce que l'on nous a un peu enseigné. On a fait très peu
113 de TP : prise de tension et soins de bouche. On n'avait pas assez de temps. Et tous les groupes
114 n'ont pas fait le TP soins de bouche. Mais on doit apprendre à faire la toilette. On houspille les
115 profs pour qu'ils nous ouvrent les salles de TP entre midi et 2 heures, pour qu'on s'entraîne.
116 Du coup, on ne se sent pas prêts.
117

118 F : les services ont l'habitude de recevoir des étudiants de Dax.
119
120 FL : donc ils savent bien que ce sont des boulets (*Rires*)
121
122 C : c'est peut-être débile, mais je suis rassurée qu'il y ait quelqu'un pas loin qui est dans la
123 même situation que moi. Même si on n'est pas dans le même service. Si on peut se voir,
124 comparer ce qu'on fait, se dire qu'on n'est pas toute seule. Aussi, ne pas pouvoir se rendre
125 utile, rester les bras ballants quand tout le monde court.
126
127 F : ce que j'ai appris de mes six stages dans la formation aide-soignante, c'est qu'au début,
128 certains peuvent ne pas être accueillants, et en fait, ce sont ceux-là en général qui nous
129 apprennent le mieux. Il ne faut pas s'arrêter au premier jour, aux impressions que l'on en a.
130 Après, tu sauras faire les toilettes en un clin d'œil, tu ne seras plus un boulet. Soyons positifs.
131 (*Rires*)
132
133 CB : je vous trouve un peu excités...
134
135 C : oui, c'est peut-être le programme de la semaine qui nous fait cet effet-là.
136
137 F : on ne fait que 35 heures semaine, à 1h près. Mais on en fait autant à la maison.
138
139 C : le truc qui me fait peur, c'est s'il y a un décès. Même une personne âgée... C'est la mort,
140 je me dis : c'est fini. Surtout le premier.
141
142 FL : parfois ça vaut mieux. Moi, c'est la souffrance...

Extraits E1 D1 G3 (33'10)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

M : 31 ans, bac STT, BTS de commerce international, j'ai travaillé comme opérateur téléphonique puis comme chef de rayon dans une grande surface. J'ai arrêté depuis un an pour préparer le concours. Mon père est retraité agent Renault, ma mère était secrétaire avec mon père. Elle a fait une formation d'infirmière, mais ce n'est pas pour ça que je fais ce métier car je ne l'ai jamais connu comme infirmière. Depuis que mon père est à la retraite, elle a repris ce métier, comme infirmière thermale.

S : 34 ans, bac SMS, j'ai eu le DPAS en 1998. J'ai travaillé dans une clinique privée dans le nord, dans pas mal de services différents. Je suis à Dax depuis 2004. Mon père est routier, ma mère était ASEM dans une école maternelle.

MA : 21 ans, BEP sanitaire et social, puis bac SMS, prépa sur six mois. Avant la rentrée, j'ai travaillé comme aide à domicile chez les personnes âgées. Ma mère est auxiliaire de vie sociale, mon père est superviseur en maintenance, il travaille en Afrique.

C. 36 ans, bac littéraire, j'ai vécu en Angleterre pendant huit ans, au retour, j'ai été formatrice d'anglais pendant quatre ans et j'ai fait des petits boulots saisonniers, et prépa pour le concours. Mon père est peintre en bâtiment, ma mère cuisinière en usine. Je suis redoublante.

CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ?

M : jamais je n'ai eu la vocation pour être infirmier. J'étais arrivé à un moment de ma vie où j'ai fait un bilan, et je me suis rendu compte que j'aime bien prendre soin des gens autour de moi. Avec mon expérience professionnelle, j'ai pensé que le travail infirmier, suivre un protocole, une procédure, être assez droit dans son travail, ça me correspondait. Je m'attendais à ce que l'infirmier soit plus indépendant, que l'on soit moins encadré, d'après les cours qu'on a eus : encadré par la loi. Il y a des choses que je pensais relever du rôle propre de l'infirmier et qui, en fait, relève du rôle prescrit. Je voyais plus les soins médicaux relevant de l'autonomie de l'infirmier. C'est une petite déception.

S : je veux être infirmière pour pouvoir faire la spécialisation puéricultrice. Je voulais être auxiliaire quand j'avais 16/ 17 ans, mais on m'a dit pourquoi ne pas taper plus haut, passe donc le bac. J'ai été aide-soignante par la force des choses (finances, trois enfants) mais je ne le regrette pas. Et parfois je me demande si j'ai vraiment bien fait de rentrer dans cette formation, car il y a beaucoup de responsabilités. Je le savais même avant le cours de ce matin. Je connais des infirmières hyper compétentes, hyper consciencieuses, et qui font quand même des erreurs, même en étant bien organisées. Et ça me fait peur. Je me demande si j'ai bien fait. Quand on est aide-soignante, il y a pas de problème : on va chercher l'infirmière. Sauf que, après, ça sera moi l'infirmière. Ce qui m'a attirée, c'est le contact, c'est gratifiant personnellement, une certaine reconnaissance des gens. Mon expérience aide-soignante me servira, je ne referais pas les mêmes erreurs.

MA : je veux travailler avec les enfants, après mes stages en crèche. Je voulais travailler dans le milieu du soin, c'est infirmière qui m'attirait, le côté relationnel avec les gens. Je n'avais aucune notion du côté technique et du côté responsabilités. Pendant ma prépa, j'ai fait un stage de trois semaines en maison de retraite, et j'ai vu des escarres, des pansements. Mais j'aurais voulu voir des choses plus vilaines, plus gores, en service hospitalier. Je suis rentrée dans cette formation et plus ça avance, plus je me pose la question : qu'est-ce que je suis venue faire dans cette formation ? Ça ne me correspond pas du tout. Les cours ne me plaisent pas du tout, à part biologie. Je me demande si je n'aurais pas mieux fait de passer le concours AS. En stage, j'ai fait beaucoup de toilettes et ça me plaisait beaucoup, une aide-soignante à un contact avec les malades que l'infirmière n'a pas. Et le patient va plus se confier à l'aide-soignante qu'à l'infirmière. Enfin je vais voir.

57 C : c'était pareil pour moi l'année dernière, je suis redoublante ; passe la première année, tu
58 auras une équivalence aide-soignante, tu pourras travailler. Moi, au départ, je n'ai jamais trop
59 aimé les infirmières à la base. Petite, j'ai passé plus de temps à l'hôpital qu'à la maison, et j'ai
60 connu des peaux de vache. En tout cas c'est le souvenir j'en avais gardé. J'avais une vision très
61 négative du système de santé. Quand je suis rentré d'Angleterre, ma grand-mère est tombée
62 malade, j'ai commencé à m'occuper d'elle, c'est moi qui l'amenaux urgences en pleine nuit.
63 Et là, j'ai remarqué que, quand on ne fait pas partie du milieu médical, on nous parle comme
64 si on était idiot. Je me suis sentie très, très frustrée de ne pas comprendre ce qui se passait et
65 de ne pouvoir rien faire. Je me suis dit : mes parents vieillissent, tout le monde vieillit, il serait
66 bien d'avoir une infirmière dans la famille. C'est le côté pratique, de pouvoir faire quelque
67 chose quand quelque chose se passe. L'année dernière, j'ai quand même rencontré des
68 infirmières compétentes : ce sont surtout les jeunes qui sont très mignonnes, qui vous
69 expliquent, qui ne vous donnent pas d'ordre : fais ci, fais ça.
70
71 CB : avez-vous présenté plusieurs concours ?
72
73 S : j'ai passé le concours pour m'entraîner. Et je l'ai eu. Et comme j'étais la seule à être reçue,
74 je suis financée par l'hôpital.
75
76 M : Bayonne et Dax. C'était un entraînement.
77
78 MA : j'en ai passé cinq : les Landes, Marmande et Périgieux. J'avais passé Pau l'année de
79 mon bac, et je regrette maintenant de ne pas l'avoir passé à nouveau en même temps que les
80 autres. J'étais sur liste d'attente à Dax et Périgieux.
81
82 C : Metz, Bayonne et Dax. J'étais reçue aux trois, j'ai choisi Dax pour suivre mon conjoint.
83
84 CB : et pourquoi Dax ?
85
86 MA : ah ! Ça, il n'y a pas trop de distractions...
87
88 M : tout le matériel ne fonctionne pas forcément... Il y a beaucoup de problèmes techniques.
89
90 C : Dax a une réputation plutôt bonne : quand on nous voit arriver en stage, les équipes se
91 disent : à Dax, il n'y a pas trop de problèmes, ce sont de petits médecins. Ils marchent droit.
92 C'est beaucoup plus strict qu'à Mont-de-Marsan ou Bayonne.
93
94 S : moi je n'ai eu pas le choix. On m'aurait dit que l'école était pourrie, c'était pareil.
95
96 CB : comment appréhendez-vous les stages ?
97
98 M : il me tarde. Les cours, c'est bien. Ça demande quand même un rythme que j'avais un peu
99 oublié. Quand je vais arriver, je ne saurais rien faire ; en même temps, j'ai fait beaucoup
100 d'intérim, je sais que je m'adapte, je demande à être actif, en sachant rien faire.
101
102 MA : ça me tarde de voir vraiment le métier d'infirmière. Après, c'est la routine... C'est vrai
103 qu'il faut que je me laisse la première année, mais c'est difficile. Pourtant, je sais que je veux
104 travailler là-dedans ; mais aide-soignante ou infirmière ?
105
106 M : la psychiatrie ne m'attire pas du tout, c'est mon premier stage. Je sais qu'il faut en passer
107 par là, et toute expérience est bonne à prendre.
108
109 C : je commence aussi par la psychiatrie, ce n'est pas quelque chose qui m'attire
110 fondamentalement, j'appréhende le lieu de stage : apparemment ce n'est pas très évident, donc
111 on verra ; on va se relever, quand on tombe on doit se relever. Comme je suis redoublante, j'ai
112 toujours une petite aigreur, mais ça passera. J'attends que ça passe. Je me dis que ce qui s'est
113 mal passé l'année dernière, se passera mieux cette année. Et si ça se passe mal, je prendrai les

114 décisions le temps venu. Je me dis qu'on va en prendre plein la tête pendant trois ans, il faut
115 s'y préparer.
116

117 S : moi je me dis que peut-être j'aurais du mal à prendre la position d'étudiante. Je
118 rencontrerai peut-être des aides-soignantes qui n'auront que deux ans de diplôme, et il faudra
119 que je me taise. Je suis diplomate. Mais j'ai peur de me faire casser par rapport à ça.
120

121 C : il faut rester tel quel. L'année dernière, on m'a dit de me taire, que j'avais trois ans à faire,
122 qu'il fallait rentrer dans un moule et de ne pas la ramener. Je l'ai si bien pas ramenée, que je
123 me suis effacée complètement. Il y a des choses qu'on va encaisser alors qu'en temps normal
124 on ne l'encaisserait pas, et au bout d'un moment ça pète. Et quand ça pète, ce n'est pas bon. Et
125 puis on a un certain âge.
126

127 S : dans le premier stage, elles ne vont pas m'apprendre à faire des toilettes. Il va falloir que je
128 fasse attention : il y a des aides-soignantes aigries qui auraient voulu faire l'école
129 d'infirmières. En tout cas, je veux bouger j'en ai marre.

Extraits E1 D1 G4 (34'07)

- 1
2
3 D : 25 ans, bac S, fac d'anglais (niveau bac +4), j'ai intégré l'IUFM et j'ai un enfant de 18
4 mois. Ma mère est retraitée assistante maternelle, mon père est retraité cuisinier. J'ai profité de
5 ma grossesse pour me réorienter.
6
7 M : 36 ans, je suis aide-soignante depuis quatre ans, bac D, DEUG de droit, j'ai travaillé à la
8 poste ensuite. Mon père était facteur, et ma mère secrétaire aux douanes.
9
10 ME : 24 ans, bac STLG, un an d'IUT de chimie, j'ai fait des petits boulots ; puis j'ai fait l'école
11 d'aides-soignantes à Montpellier. Mes parents ont un garage carrosserie où ma mère est
12 secrétaire.
13
14 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ?
15
16 M : je n'ai aucune illusion sur le métier d'infirmière. J'ai eu envie d'évoluer dans mon métier
17 d'aide-soignante, mais je sais que c'est un métier plein de stress, de responsabilités. C'est un
18 métier en perpétuelle évolution.
19
20 D : je me suis jamais vraiment posé la question, et je n'avais pas de stéréotypes. J'ai eu à subir
21 plusieurs interventions, c'est là que j'ai commencé à voir le travail de l'infirmière, côté patient,
22 et je me suis rendu compte que ce n'était pas seulement des piqûres et des pansements. J'ai des
23 amies qui sont en troisième année de cette formation, j'ai beaucoup parlé avec elles.
24
25 ME : ma tante est infirmière libérale, et je voyais vraiment le métier. J'ai toujours voulu être
26 infirmière. Comme je n'avais pas le concours, j'ai choisi d'être d'abord aide-soignante. Ce sont
27 essentiellement les responsabilités qui m'ont attirée. J'ai tenté le concours à Montpellier : mais
28 il y a 3000 candidats pour 140 places, et au bout de deux fois, je suis allée ailleurs.
29
30 M : j'ai présenté les Landes, le CHU et la Croix-Rouge à Bordeaux. Et j'ai choisi le plus près
31 de chez moi.
32
33 CB : et comment qualifieriez-vous l'IFSI de Dax ?
34
35 M : ce sont des on dit. Moi ce qui m'a effrayé, c'est le travail énorme qu'on nous demande.
36
37 D : mes amis qui sont à Bayonne m'ont dit qu'à Dax c'était l'élite, qu'il y avait une très bonne
38 formation, les infirmières diplômées de Dax sont plus reconnues.
39
40 ME : je ne sais pas si c'est la réforme, mais il y a énormément de travail, les journées ne sont
41 pas assez longues, en tout cas pour moi. Je n'ai pas d'enfant, et c'est déjà difficile.
42
43 M : avec des semaines de 35 heures, je me suis mis des limites, par rapport à ce que je peux
44 fournir.
45
46 D : et ce n'est pas évident d'aller se coucher en se disant que l'on n'a pas vu tel ou tel
47 chapitre.
48
49 *Discussion sur les difficultés d'organisation du programme, et le soutien perçu inconstant de*
50 *l'équipe..*
51
52 D : on est un peu perdus, on essaye de trouver des réponses, mais les personnes en face de
53 nous sont aussi perdues que nous. Elles n'arrivent pas à s'y retrouver. Le travail est intensif
54 c'est vrai, mais j'ai vraiment envie d'y arriver, ça me plaît. J'ai la motivation. On veut réussir.
55
56 CB : comment appréhendez-vous les stages ?
57
58 D : je vais en maison de retraite, et c'est un secteur qui m'attire. Je suis plutôt contente, j'ai
59 hâte d'y être, un petit peu impatiente.

60 M : c'est de sortir de cette théorie, on verra autre chose même si le stage se passe mal.
61
62 D : et puis, on nous dit que les stages sont très formateurs, qu'on y apprend plus qu'ici à
63 l'école. Et puis il va y avoir les évaluations, les partiels.
64
65 *Entretien interrompu car cours de pharmacologie.*

Extraits E2 D1 G1 (41'50)

1
2
3 E : une fatigue physique et morale, on ne sait pas où on va, les profs non plus.
4

5 M : on était un peu perdus, mais je trouve que ça commence à aller mieux par rapport au
6 début de l'année. Perdus pour plus tard, pour la réforme, en 2^{ème} année combien il nous faut de
7 crédits ? Pour être aide-soignante, il fallait juste la compétence 3, maintenant il faut valider
8 toute l'année. Il y a plein de petites choses qui changent. Les profs ne sont pas d'accord entre
9 elles.
10

11 L : fatiguée. Le stage de 10 semaines était déjà fatigant. C'était long, à la fin je n'en pouvais
12 plus. Même si le stage était super. Et il a fallu enchaîner sur les partiels.
13

14 C : beaucoup de déception par rapport à un peu tout. Mon deuxième stage n'a pas été du tout
15 constructif. Je n'ai pas été accueillie, pas encadrée, je n'étais pas en face de gens pédagogues.
16 J'ai perdu 10 semaines. J'ai appris plus dans les sept derniers jours que dans les neuf semaines
17 qui avaient précédé, parce que l'infirmière que j'ai eue la dernière semaine était super, elle m'a
18 appris des tas de choses. Je pense que la mentalité dacquoise y est pour beaucoup. Même cette
19 école, il y a beaucoup de contradictions. On ne nous aide pas à ce que ça se passe bien : par
20 exemple, on va partir deux mois en vacances sans connaître nos notes de rattrapage, savoir si
21 on valide ou pas. On saura le 1^{er} septembre si on peut faire la rentrée le 6 septembre en 2^{ème}
22 année.
23

24 M : et puis ça chamboule tout pour le concours d'entrée, et le nombre d'étudiants de première
25 année. S'il y a beaucoup de redoublants, ils seront obligés d'en prendre moins.
26

27 CB : le quota d'étudiants en première année est fixé par le ministère. Il est incompressible.
28

29 E : on m'avait parlé de l'école de Dax comme une école qui encadrerait bien ; je n'ai pas
30 l'impression d'être encadrée, ils n'ont pas arrêté de nous dire que l'on était acteur de notre
31 formation, patati patata. D'accord acteur, mais eux ils sont à côté, parfois on ne les voit pas de
32 la journée même s'il y a des TD. Elle nous donne 8h pour faire un TD qui se fait en 3h, j'ai
33 l'impression de perdre ma journée, que ce n'est pas bien réfléchi. Et d'autres TD qui sont trop
34 courts. Ça fait beaucoup d'heures perdues. Mais je me contente de ce qu'il y a. On fait avec.
35

36 CB : les étudiants de première année en général semblent fatigués et désabusés
37

38 C : il y a un gros problème dans cette formation, c'est qu'on n'est pas aidés. Par exemple, pour
39 les partiels, on a pu consulter nos copies après la CAC. Et il se trouve que des points ont été
40 oubliés, que donc il manque des ECTS. Mais c'est trop tard parce que la CAC est passée. C'est
41 injuste. Les profs ont admis leur erreur, une lettre a été faite à la directrice, mais on lui a dit
42 que de toute façon c'était foutu.
43

44 M : on nous dit d'être tolérants et de ne pas juger ; mais je trouve que de la part des profs, il y
45 a beaucoup de jugements. Les partiels ne sont pas encore finis qu'on dit à cette étudiante que
46 l'on envisage son redoublement.
47

48 E : de toute façon c'est le monde des femmes, c'est comme à l'hôpital. Ce sont des hypocrites,
49 et elles ne savent pas être franches et droites.
50

51 CB : avez-vous acquis la compétence 3 ?
52

53 Tous : oui.
54

55 L : pour le portfolio, au premier stage, je n'y comprenais rien. Maintenant ça commence à
56 rentrer. C'est très subjectif. S'il ne tenait qu'à moi, je mettrai « à améliorer » partout.
57

58 E : dans mon stage, ils ont mis ici « acquis » pour plein de soins, mais ce n'est pas vrai. Je sais
59 les faire mais ils ne sont pas acquis. Ce n'est pas nous aider que de faire ça. Pour avoir acquis
60 un soin, ce n'est pas seulement bien le faire, c'est tout le savoir théorique et qu'il y a à côté, les
61 résultats normaux d'un bilan par exemple.
62

63 E : et puis il y a des stages qui ne comprennent toujours rien à la nouvelle réforme, parce
64 qu'ils n'ont pas eu de visite de formateurs pour la leur expliquer. Et puis l'encadrement
65 maintenant demande beaucoup plus qu'avant. Le premier stage où j'ai été, ne prend plus
66 désormais de stagiaires. Encadrer un stagiaire dans la nouvelle réforme est un travail à part
67 entière, beaucoup de services manquent de personnel et donc ne peuvent pas le faire.
68

69 L : en plus, comme il n'y a pas de TP, on apprend tout sur les stages, mais ils nous disent bien
70 que parfois ils n'ont pas le temps. Et puis certaines infirmières nous disent qu'elles ne savent
71 plus travailler en technique.
72

73 *Discussion sur qu'est-ce que la technique d'un soin.*
74

75 E : on arrive avec notre protocole de soins, et puis on dit à une infirmière qui a 20 ans
76 d'ancienneté qu'elle ne fait pas bien parce qu'elle ne suit pas le protocole. Ce n'est pas
77 constructif du tout. Et puis ça nous met sur une sorte de piédestal. Les profs nous disent si
78 vous avez des remarques à faire aux professionnels n'hésitez pas. Moi je suis désolée, je suis
79 étudiante de 1^{ère} année, une A.S. me montre comment faire une toilette, je n'en ai jamais fait
80 de ma vie, je ne vais pas la critiquer.
81

82 C : ce n'est pas la critiquer, mais lui poser des questions sur les différences que tu vois.
83

84 M : on m'a demandé de suivre à la lettre les protocoles tant que j'étais étudiante. Après quand
85 on est infirmière on peut ne pas le suivre à la lettre : par exemple, ne pas vider et désinfecter
86 totalement l'adaptable pour poser le plateau quand on fait des prises de sang.
87

88 CB : avez-vous l'impression d'être dans une formation professionnelle ou à la fac ?
89

90 L : sans les stages, ce ne serait pas une formation professionnelle et ça ne m'intéresserait pas.
91 Ça resterait du théorique comme n'importe quelle autre formation. Ce ne sont pas les trois
92 misérables TP où l'on apprend à poser une perfusion sur un bras en plastique et où seulement
93 deux étudiants peuvent essayer, qui font que c'est une formation professionnelle c'est vraiment
94 pas la réalité. La réalité c'est l'adaptabilité. Et ici ils nous apprennent à être rigoureux, à faire
95 ça, ça et ça dans les règles. Dans la réalité c'est autre chose...
96

97 CB : donc les partiels c'est demain ?
98

99 C : et les rattrapages sont prévus quatre jours après les résultats. On ne pourra jamais réviser.
100

101 E : on veut bien être acteur de notre formation, mais on n'est pas des super héros.
102

103 *Échange sur leurs divers résultats, les rattrapages qui se font sur une seule journée, les cours*
104 *après les rattrapages. Relâchement : « soyez acteurs de votre formation..., mais certains s'en*
105 *fichent complètement, tout le monde vise le 10 ».*
106

107 E : ce qui est affiché c'est le nombre de crédit, ce ne sont pas les notes.
108

109 *Cacophonie : le suivi des étudiants en stage, à l'IFSI. « Merci de nous avoir écoutés, ça nous*
110 *a fait du bien »*

Extraits E2 D1 G 2 (30'02)

- 1
2
3 FL : premier semestre très, très dur ; beaucoup de travail personnel à fournir, et gérer la
4 famille et la formation. Il y a des répercussions sur la famille. J'appréhendais beaucoup le
5 stage de 10 semaines. J'en avais entendu en mal, et j'ai été agréablement surprise. Je m'y suis
6 beaucoup plu. C'est très difficile ensuite de se replonger dans les partiels du 2^{ème} semestre, en
7 revenant juste du stage.
8
- 9 F : si on avait eu les partiels avant le stage, on aurait pu plus s'y investir. Il y a des recherches
10 qu'on n'a pas le temps de faire à cause des révisions des partiels. Ce sont les partiels qui
11 priment. Pour moi, le premier semestre a été stressant, je me suis vraiment demandé si j'allais
12 continuer, heureusement je me suis appuyée sur FL.
13
- 14 FL : moi aussi, je me suis demandé si je n'allais pas arrêter
15
- 16 F : la motivation et la position d'étudiants, ce n'est pas évident, il faut se positionner, il faut
17 dire « amen » à quasiment tout. En conseil pédagogique, j'ai essayé de dire que ce n'était pas
18 normal qu'on parte en stage en ayant vu la toilette que par des écrits. Même la conseillère
19 pédagogique a dit que faire une toilette sur un mannequin et ne rien faire, c'était pareil. Moi je
20 ne suis pas d'accord. J'ai le sentiment qu'on n'est pas entendu, pas compris.
21
- 22 FL : le comble, c'est que le jour où on est revenus de stage, on a eu 5h de TP toilette, en
23 autoévaluation. C'était le pompon.
24
- 25 F : peut-être que finalement quelque chose a été entendu. Je ne m'étonne presque pas, avec la
26 façon dont la formation est menée, d'entendre des infirmières dire que les toilettes ne sont pas
27 leur boulot. Une toilette ne peut pas s'apprendre par cœur.
28
- 29 FL : au premier semestre, on a ces deux grosses UE : anatomie et pharmacologie... Du coup
30 deuxième semestre, on a eu l'impression de glander. On nous laissait en TD, on avait
31 l'impression de perdre notre temps. On avait trop de temps pour le faire.
32
- 33 F : on est quand même pris pour des gosses.
34
- 35 C : moi je n'ai pas validé le premier semestre, sur l'anatomie, la biologie. J'ai ça à repasser
36 début juillet. Et c'est très fatigant.
37
- 38 FL : en ce moment, on subit tout, les cours, les partiels. En ce moment, on a des cours de
39 santé publique alors qu'on a déjà passé les partiels. C'est complètement désorganisé, on ne
40 voit pas le sens des apports. On voit bien que les formatrices aussi ne sont pas bien.
41
- 42 CB : avez-vous le sentiment d'être en formation professionnelle ?
43
- 44 C : en stage oui ; ici non.
45
- 46 FL : moi j'ai l'impression d'être en fac, et encore en fac on est beaucoup mieux tenu. Hier, un
47 cours s'est fini plus tôt, donc on est partis travailler pour mardi, mais les formatrices ne l'ont
48 pas pris du tout comme ça. On est traités comme des gamins.
49
- 50 C : ils ne savent pas comment agir avec nous, commander, encadrer, nous parler... Elles ne
51 sont pas d'accord entre elles : comme la démarche de soins, l'analyse des situations du
52 portfolio.
53
- 54 F : pourquoi ces formatrices n'ont-elles pas eu une sorte de coaching, une formation pour
55 savoir comment gérer une classe ?
56
- 57 CB : qu'avez-vous appris dans les stages, à part le nursing ?
58

59 FL : quelques petites choses, mais les infirmières m'ont bien dit que j'étais là pour valider la
60 compétence 3. Je n'étais donc qu'avec les A.S.
61
62 F : comme je suis A.S., elles m'ont fait confiance pour les soins de nursing, j'ai suivi les
63 infirmières.
64
65 C : je faisais les toilettes avec les A.S., et après les soins infirmiers avec des infirmières.
66 C'était bien réparti. J'ai appris à faire les bilans sanguins.
67
68 F : cette formation pourrait être bien, elle va pouvoir nous apporter beaucoup de choses, par
69 contre elles sont trop encore dans la réglementation, les textes de loi, et les services sont aussi
70 perdus.
71
72 C : il faut qu'elles prennent leurs marques, et nous, ça ira mieux après.
73
74 CB : les emplois du temps sont chargés ?
75
76 FL : elles essaient de faire 9h à 17h, mais c'est parfois difficile. Et puis on n'a pas de demi-
77 journée dans la semaine de travail personnel. Elles nous ont dit que c'était une formation
78 professionnelle. On s'est fait jeter. Alors elles nous mettent une heure par-ci par-là. Mais ce
79 n'est pas ce qu'on demande : on préférerait avoir une demi-journée complète. Pour les
80 rattrapages, c'est très mal organisé aussi : on a les résultats le vendredi 2 juillet du second
81 semestre et le rattrapage le mardi. Le rattrapage du premier semestre c'est le lundi.
82
83 C : une matière, ça va, mais plusieurs non.
84
85 FL : je trouve que c'est fait n'importe comment, à la fac, ça n'a jamais été comme ça, ça a
86 toujours été décalé.
87
88 C : dans la promo tout le monde est tendu, le moindre truc part en vrille.

Extraits E2 D1 G3 (49'16)

1
2
3 M : Bien... Mais il n'y a que moi qui ai répondu.
4

5 Les autres : je suis bien dans la formation, mais je suis fatigué. De toute façon, on ne connaît
6 pas l'ancien programme : c'était peut-être mieux d'avoir des stages fractionnés, et pas 10
7 semaines d'affilée.
8

9 C : ça va, ça va ; on arrive au bout, on espère passer en 2^{ème} année cette fois.
10

11 *Discussion sur l'organisation et le nombre des rattrapages.*
12

13 M : ce qui change aussi avec l'ancien programme, on a tout regroupé.
14

15 CB : et les stages ?
16

17 S : le stage ne s'est pas très bien passé, j'étais aide-soignante avant ; même si c'est bien de
18 rester à ma place d'élève, c'est compliqué quand on a travaillé avant, que l'on a une façon de
19 penser. On efface tout et on fait comme si on ne savait rien. On se fait encadrer par des filles
20 que l'on a soi-même encadrées quand elles étaient élèves aides-soignantes.
21

22 M : moi j'ai été très bien encadré, ils m'ont laissé beaucoup de liberté, c'était une petite
23 structure. À la fin du stage, je m'attendais presque à ce qu'on me dise : reviens chez nous en
24 CDD. Pour la compétence 3, ça allait bien ; j'étais moins à l'aise pour les soins techniques. Je
25 n'avais pas le droit de toucher aux médicaments. (*Pareil pour les autres*).
26

27 MA : c'est pareil... À part que je me suis fait mordre au niveau de la poitrine, ce sont les
28 risques du métier. C'était en psychiatrie.
29

30 C : difficile au début, pour le deuxième stage. Et puis une infirmière m'a dit : tu prends tes
31 trois patients, et tu fonces. Ça m'a beaucoup aidé à voir les choses de manière globale. Tout
32 était sous ma responsabilité : les médicaments, les pansements... Il a fallu que j'attende la
33 septième semaine pour rencontrer des personnes qui vous respectent, qui vous encadrent
34 réellement. J'arrive un peu plus à me remettre en question, à moins répondre. Ça redonne
35 confiance. On sent la différence même dans la vie de tous les jours. On n'a plus confiance en
36 ses capacités.
37

38 CB : l'image de l'infirmier a-t-elle changé ?
39

40 M : elle n'a pas changé mais elle a évolué : ça m'a conforté dans certaines choses, et surpris
41 sur d'autres ; des infirmières que j'ai suivies m'ont épaté par leur savoir. Et leur capacité à
42 s'adapter à chaque situation. Ces deux infirmières étaient très différentes : une était très drôle
43 dans tout ce qu'elle faisait, utilisait l'humour avec les patients ; l'autre était plus à l'aise dans
44 les soins techniques. L'image de l'infirmière a évolué dans le sens où j'ai plus vu un être
45 humain qu'une machine à faire des soins.
46

47 Les autres : c'est joli ce que tu dis...
48

49 M : les 3P ont disparu : pansements, perfusions et piqûres.
50

51 MA : ce qui m'a étonné, c'est toute la paperasse...
52

53 CB : et la violence des patients parfois, vous l'imaginiez ?
54

55 MA : (*silence*). Je ne m'attendais pas du tout à ça parce que je n'étais pas avec les
56 schizophrènes, mais avec les déficients mentaux, les autistes. Après, le métier là-bas, était
57 plus basé sur le relationnel même s'il y a des actes techniques comme les bilans sanguins, les

58 petits pansements. J'ai plutôt vu le côté de l'infirmière relationnelle que de l'infirmière
59 technique, et c'est ça qui m'a plu.

60 C : pour une fois, j'ai trouvé des gens sympas. Le premier jour, l'infirmière m'a pris avec elle
61 pour me montrer comment elle faisait l'accueil d'une personne : elle était très douce, prenait
62 son temps ; je me suis dit que c'était comme ça que j'aimerais être. C'est la première fois que
63 j'ai pu me projeter en tant qu'infirmière. Une aide-soignante qui était partie pendant trois
64 semaines, m'a dit à son retour que j'avais changé : que maintenant elle me voyait travailler.
65

66 S : Mais il faut tomber sur des stages productifs. Et les terrains nous font assez sentir qu'on va
67 avoir moins de stages et je leur réponds qu'on est comme eux, on subit cette réforme. Les
68 réflexions qu'ils nous font : « ah ça ! Vous allez parler anglais, vous allez être philosophes,
69 par contre, on va vous voir dans les services pour savoir gérer et faire des soins ». Je leur dis
70 que c'est elles qui nous encadrent, qu'elles sont là pour valider nos compétences, mais elles ne
71 veulent pas se mouiller.
72

73 MA : c'est vrai qu'on est beaucoup montré du doigt, toutes on se demande comment ça va être
74 en 2012. Les gens disent : « Nous on était plus dans la pratique, on avait plus de stages, ça va
75 donner quoi comme professionnel, vous n'avez pas encore vu les pathologies » avec un salaire
76 supérieur.
77

78 M : de toute façon la nouveauté fait toujours peur.
79

80 S : je crois que, ancien ou nouveau programme, on est ou bonne ou mauvaise infirmière.
81

82 C : dans ce nouveau programme, il y a plus de réflexions, d'ouverture d'esprit, un côté
83 humaniste. L'année dernière on était beaucoup trop sur les pathologies.
84

85 S : c'est vrai que c'est très facile de former des techniciennes. Le plus dur, c'est le relationnel :
86 comment être avec la personne, prendre son temps, et comme ça, à la fin du soin tout le
87 monde est content. J'ai aussi vu que l'infirmière n'avait pas trop le temps : elle distribue les
88 médicaments, et elle va voir les patients que les aides-soignantes lui ont signalés.
89

90 *Discussion sur bonnes et mauvaises expériences, modèle et contre modèle infirmier.*
91

92 S : en long séjour, je me sentais frustrée : c'est 20 minutes par toilette alors que ce sont des
93 résidents GIR 1 ou 2 [échelle de cotation de la dépendance des personnes âgées] ; et tout le
94 monde est speedé. Et ça les malades le ressentent. On faisait sept toilettes par matinée. Et
95 ailleurs, on sent que les équipes sont plus attentionnées.
96

97 C : et en plus des toilettes, il y a les aides du repas parfois ça prend 1h, et tout le reste.
98

99 S : on ne veut pas devenir comme ça, et peut-être qu'on y sera obligé vu que les choses ne
100 vont pas s'arranger. De toute façon moi je veux devenir puéricultrice. En médecine, chirurgie,
101 si c'est pour partir tout le temps en retard, en étant insatisfaite du travail qu'on a fait et, en se
102 demandant ce qu'on a pu oublier, jamais je ne travaillerai là. Je me sens de plus en plus
103 écrasée par les responsabilités.
104

105 MA : c'est vrai que c'est un beau métier mais on a toujours des bâtons dans les roues : la
106 formation. Est-ce que ça vaut le coup de batailler pendant trois ans pour être déçue à la fin ?
107 J'hésite toujours entre aide-soignant et infirmière. J'ai peur d'être déçue.
108

109 S : on idéalise beaucoup le métier d'infirmière. Soigner et aider. Et puis il y a plein d'autres
110 choses à côté et qui font un peu écran par rapport à notre idéal. Comme la surcharge du
111 travail, les contraintes des terrains. Et puis, les patients repèrent à qui ils peuvent demander,
112 qui est disponible dans sa tête.
113

114 CB : votre départ du stage devient difficile...
115

116 M : au 1^{er} stage, j'ai eu du mal à me défaire de certains patients. Je m'y étais attaché. Au 2^{ème}
117 stage, ça a été plus facile. J'essaye progressivement de moins donner. Inconsciemment, c'est
118 peut-être pour me préparer moi aussi.
119
120 S : une femme de résident en long séjour, m'a donné 40 € pour me remercier de ce que j'avais
121 fait auprès de son mari.

Extraits E2 D1 G4 (41'24)

1
2
3 Tous : On fait aller, on n'a pas le choix. La multiplicité des épreuves est difficile à gérer, aussi
4 pour tenir le rythme.

5
6 D : l'organisation des examens, après les stages, font qu'on doit s'y remettre rapidement. Deux
7 mois et demi hors de l'IFSI, il y en a pas beaucoup qui ont bossé.

8
9 CB : comment s'est passé le premier semestre ?

10
11 D : apparemment c'est catastrophique. Et en plus, il va y avoir beaucoup de monde au
12 rattrapage du 2^{ème} semestre

13
14 *Discussion sur les évaluations, le contenu et leur organisation*

15
16 ME : ici, à l'école, je n'ai pas l'impression d'être réellement encadrée. On a fait pendant le
17 stage des analyses de situation, j'ai rendez-vous demain avec ma référente, elle nous les a
18 toujours pas lues. Je ne sais pas si c'est bon, ce que j'ai à changer... On ne nous prend pas en
19 considération. Est-ce que c'est parce que j'ai six rattrapages au semestre 1 ?

20
21 M : c'est vrai qu'on n'est pas très soutenus. Ce n'est que les points négatifs qui sont dits. Elles
22 sont là pourquoi ?

23
24 ME : elle nous remet en question, mais elle pas du tout. Par exemple, concernant l'anatomie,
25 on n'est pas des spécialistes, et on a appris toute l'anatomie en quatre mois, sans trop savoir ce
26 qui était essentiel. On avait 2 heures par chapitre. Après, ça dépend des personnes : moi, je
27 vais avoir des difficultés à apprendre si je n'ai pas quelqu'un qui m'explique au tableau, à qui
28 je peux poser des questions.

29
30 *Discussion sur les cours d'anglais : aucun niveau n'est exigé pour passer le concours.*

31
32 M : ça fait 20 ans que je n'ai pas fait d'anglais, je suis noyée, même s'il ne s'agit que de
33 participer. Et il y en a qui sortent du bac qui sont aussi noyées comme moi.

34
35 CB : et les stages ?

36
37 D : on avait des libertés pour faire des soins techniques.

38
39 CB : l'image de l'infirmière a-t-elle changé ?

40
41 ME : pour moi, ça n'a pas du tout changé. J'étais aide-soignante avant.

42
43 D: moi pareil.

44
45 M : pour la paperasse, je suis tombée dans un service où il n'y en avait pas beaucoup.

46
47 D : là où j'étais, elles étaient contentes d'avoir des stagiaires, elles nous envoyaient faire les
48 choses, comme ça elles avaient du temps pour faire les papiers. Ça fait beaucoup de boulot
49 derrière le bureau et pas auprès des patients. Ce qui me tient, c'est d'avoir le 2 ; après on
50 pourra oublier pas ce qu'on a appris mais la manière dont on a appris. Moi ça me gonfle, cette
51 manière de nous parler, de faire du pseudo cours. Il y a un ras-le-bol général

52
53 *Discussion sur l'opinion générale dans la promo concernant l'organisation, les groupes de*
54 *parole.*

55
56 M : les groupes de paroles doivent servir à nous faire acquérir une attitude réflexive. On subit,
57 ça ne sert à rien qu'on fasse remonter nos revendications.

58 ME : le rythme est intense, on a des cours en même temps que les partiels. Si les rattrapages
59 se passent mal, je repartirai aide-soignante. Elles ne sont pas cohérentes entre elles, elles n'ont
60 pas le même discours, du coup d'une fois à l'autre on ne sait pas.
61
62 D : un coup il faut synthétiser les situations de soins, une autre fois il faut développer. Elles ne
63 nous disent que ce qui ne va pas.
64
65 ME : elle m'a parlé du redoublement.
66
67 M : je ne comprends pas pourquoi on a décrété qu'il fallait avoir la compétence 3 à la fin de la
68 première année ; pour moi c'est illusoire. Ceux qui ne l'ont pas acquise, doivent faire un stage
69 supplémentaire cet été. On ne connaît pas la composition de la CAC, qui en est le président,
70 ce qui s'y passe...
71
72 ME : on n'est pas soutenus, j'ai passé quatre jours à pleurer et du coup je n'ai pas pu travailler.
73
74 Les autres : ce n'est pas normal, il n'y a pas de soutien. Mais bon, il suffit d'avoir 10 pour
75 valider.

Extraits E1 B1 G1 (20'50)

1
2
3 A : 23 ans, bac scientifique avec option sciences de l'ingénieur, mon père est ingénieur et ma
4 mère secrétaire, mon frère vient d'avoir son doctorat en physique. Après le bac, j'ai fait trois
5 ans de fac de sciences, et deux ans d'architecture avant de venir ici.

6
7 R : 23 ans, bac sciences techniques de laboratoire, j'ai fait une année préparatoire pour les
8 écoles d'ingénieurs, deux ans d'histoire. Mon père est représentant dans l'édition et ma mère
9 est retraitée, ancienne libraire. J'ai deux grands frères : un chef cuisinier et l'autre représentant.

10
11 V : 25 ans, bac ES, licence d'histoire, échec au concours d'écoles de journalisme. Petits
12 boulots : animateur, auxiliaire de vie. Mon père est viculteur exploitant et ma mère l'aide sur
13 la propriété. J'ai un grand frère qui travaille dans le vin aussi.

14
15 H : 22 ans, bac scientifique option physique, deux ans de préparation du concours national de
16 la marine marchande, j'ai fait un an à l'école de la marine marchande puis auxiliaire de vie.
17 J'ai une petite sœur qui fait fac de droit, mon père est intendant scolaire et ma mère est
18 directrice d'un service dans l'administration.

19
20 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ? Est-ce que cette image a
21 changé depuis le 7 septembre ?

22
23 R : c'est à peu près la même image que j'avais avant de commencer. Une petite variation peut-
24 être sur la relation soignant-soigné. C'est-à-dire, en discutant avec des redoublants,
25 s'apercevoir qu'on n'a pas autant de temps que l'on voudrait à consacrer au patient, à cause de
26 la masse de travail, c'est parfois un peu à la chaîne. Et c'est cet aspect-là, relationnel, qui
27 m'avait attiré en partie dans le métier. En plus, il y avait la possibilité d'évolution dans le
28 métier, on n'est pas bloqué sur un service, un type de travail.

29
30 A : le métier, je suppose qu'on devait tous le connaître assez bien avant de rentrer, parce qu'on
31 n'est pas arrivé là par hasard, on a dû se renseigner. Après l'architecture, j'ai réfléchi à ma
32 réorientation, et j'ai rencontré plusieurs personnes pour me renseigner.

33
34 V : pour moi, il y a un aspect socio-économique. C'est une formation qui permet d'accéder à
35 un métier qui est très demandé. On a la possibilité de travailler à peu près où on veut, du
36 moins en France ; d'avoir le choix de pas se retrouver sur le carreau. Pour moi, c'est important
37 dans ma décision : j'ai hésité avec le métier d'éducateur spécialisé ou par contre les
38 possibilités d'emploi sont tout à fait différentes. Ce qui m'importait aussi, c'est la possibilité de
39 ne pas travailler tout le temps, de choisir ses périodes de travail. Avoir des projets personnels,
40 ou partir à l'étranger. Mais être sûr qu'au retour, je puisse retrouver du travail. Ça été un aspect
41 déterminant de mon choix. Gérer sa vie en fonction de ça.

42
43 H : j'avais une idée assez fidèle de ce qu'on nous montre à l'école. J'avais aussi dans mon
44 entourage des personnes qui sont dans la profession ou dans la formation. J'avais donc une
45 idée assez concrète du métier. Ce qui a été décisif pour moi, c'est la pluralité de la profession,
46 les possibilités de réorientation et le plein-emploi. Quand j'étais au lycée, j'avais déjà envisagé
47 de faire cette profession. J'ai essayé autre chose et ça ne m'a pas convenu. Dans la marine,
48 c'était naviguer six mois par an : la dernière fois je suis revenue et mon grand-père était mort
49 et enterré. Je me suis dit que je ne pourrai pas continuer avec une famille, un mari et des
50 enfants. C'est la principale raison qui m'a fait abandonner ce métier qui est passionnant ; c'est
51 quand même un métier d'homme.

52
53 CB : c'est donc passer d'un métier d'homme à un métier de femme ?

54
55 V : mais oui c'est un métier de femme. On nous l'a assez répété. Nous payons pour tout ce que
56 nous avons fait. (*Rires*) [*V est un jeune homme*]

57

58 R : j'ai eu cette question aux quatre oraux que j'ai passés : qu'est-ce que ça vous fait de faire
59 un métier de femme ? Ne pensez-vous pas qu'il faut un instinct maternel pour faire ce métier ?
60 Ce qui n'est pas totalement faux ni totalement vrai.
61

62 CB : comment appréhendez-vous le stage ?
63

64 R : une certaine appréhension, je n'ai jamais été confronté aux soins du patient, aux toilettes,
65 tout ça... Je me demande comment je vais réagir, qu'elle sera ma position, ce n'est pas
66 évident. Il y a du travail à faire sur soi, une certaine abnégation. Je vais en maison de retraite.
67 Le B A Ba du métier. Beaucoup de nursing.
68

69 A : je vais en maison de retraite aussi, mais il faut savoir que la plupart du temps, on l'a
70 demandé. Je l'ai demandé parce que comme c'est ce que j'ai le moins envie de faire, je me suis
71 dit que comme ça, ça sera fait et j'en serai débarrassé. Donc j'ai une certaine appréhension
72 avant d'y aller : c'est le manque de technique. Et puis il faut faire confiance aux gens qui vont
73 nous encadrer. Je leur fais confiance aveuglément, je verrai dans deux semaines si j'ai raison.
74

75 V : moi j'ai changé de stage. Je suis en maison de retraite à T.. Je suis un peu déçu car je n'ai
76 jamais travaillé dans le milieu hospitalier, c'était un de mes vœux. Après, je n'ai pas trop
77 d'appréhension : j'ai déjà fait des toilettes chez les personnes handicapées, ou des personnes
78 âgées. Ce sont des gestes que je connais, que je sais faire pas forcément bien. Après, c'est une
79 appréhension par rapport à l'ambiance générale dans l'établissement : Que ce ne soit pas un
80 mouvoir, véritablement un lieu de vie, que ce ne soit pas un purgatoire.
81

82 H : je pars en chirurgie à B.. Je n'ai pas d'appréhension particulière. J'ai eu des bons échos
83 d'autres étudiants de ce stage. Je sais que je pars avec tout à apprendre, que même si j'ai été
84 auxiliaire de vie, j'ai appris déjà sur le tas.
85

86 V : la maison de retraite, c'est un stage obligatoire pratiquement : il y a des services que l'on
87 ne verra jamais et d'autres qui sont obligatoires.
88

89 CB : et pourquoi cet IFSI ?
90

91 V : c'est le nom. J'étais pris à Pellegrin, Charles Perrens et Bagatelle. Ma cousine est venue ici
92 faire sa formation. Elle m'en a dit du bien. C'est une bonne école qui est réputée. Elle est
93 connue à l'étranger : moi qui ai travaillé au Canada, elle est connue, grâce à Florence
94 Nightingale. C'est une sorte de passeport qui permet d'être accepté plus facilement un peu
95 partout. Et puis, elle est réputée comme étant la meilleure de Bordeaux.
96

97 A : et puis, historiquement, c'est la première école d'infirmières de France, là où tout a
98 commencé au début des nouvelles études infirmières.
99

100 H : moi je n'ai pas eu le choix. L'école que je voulais c'était Pellegrin. J'étais sur la liste
101 d'attente de Pellegrin et j'avais la Croix-Rouge et Bagatelle. Par élimination, j'ai choisi
102 Bagatelle. Pas la Croix-Rouge car j'en avais de mauvais échos, des formateurs et des
103 étudiants. Et en plus c'est payant. Je n'avais pas les moyens.
104

105 R : j'avais le choix entre Charles Perrens et Bagatelle ; mon médecin traitant m'a dit que
106 Bagatelle était très réputé, que c'était la meilleure école. C'était plus un nom. On verra au bout
107 des trois ans.
108

109 V : et puis il y a le cadre... C'est agréable.

Extraits E1 B1 G2 (22'44)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55

K : 24 ans, bac ES, quatre ans d'administration économique et sociale à la fac de Bordeaux IV, j'ai eu la licence. J'ai travaillé pendant un an le temps de préparer les concours infirmiers. Je suis redoublant : je connais donc l'ancien et le nouveau programme. Mon père est décédé, il était ouvrier ; ma mère est infirmière psy.

J : 29 ans, bac S, études de design industriel en cinq ans, j'ai eu mon diplôme de designer j'ai cherché pendant un an du travail sans succès. J'ai suivi alors une formation en alternance de chef de projet en conception de produits industriels ce qui m'a permis de trouver une entreprise qui fabrique et distribue des aides techniques au transfert. Et j'ai décidé de me réorienter. Mon père est retraité, il était négociant en vins ; ma mère est retraitée, elle était prof d'allemand, elle est allemande d'origine.

L : 25 ans, je n'ai pas le bac, je suis AMP, j'ai trois ans d'exercice professionnel qui me donne l'équivalence du bac pour passer le concours infirmier. J'ai travaillé avec les personnes âgées, les personnes polyhandicapées. Mon père est cadre dans une banque, ma mère est cadre infirmier.

B : 20 ans, bac L en 2008. Comme je sortais de la filière littéraire et que je voulais bien préparer le concours, j'ai fait une prépa pour travailler la biologie. Avant de rentrer à l'école, j'ai travaillé en tant qu'ASH. Mon père est gestionnaire, ma mère est aide-soignante.

CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ?

J : je connaissais ce milieu, puisque mon métier était de fabriquer des produits pour améliorer ce qui n'allait pas. J'avais déjà une vision de l'infirmier très réaliste. C'est quelqu'un d'actif, qui est sur le terrain, qui est responsable de ses patients, dont le travail se base sur le travail d'équipe, sur la communication orale deux aspects que j'apprécie ; aussi tout un côté technique, j'adore savoir comment ça fonctionne pour trouver des solutions. Et le relationnel.

B : ayant une maman aide-soignante, j'ai une image infirmière assez réaliste, Qui change des stéréotypes qu'on a de l'infirmière comme une personne vertueuse, douce : quelqu'un qui travaille en équipe, qui a beaucoup de responsabilités, mais qui ne pourrait pas se réaliser s'il n'y avait pas l'aide-soignante, le médecin. Écoute, responsabilité, patience, générosité.

K : j'avais un peu idéalisé le métier d'infirmier, avec beaucoup d'a priori très positifs : quelqu'un de responsable, à l'écoute de ses patients, plein de douceur. Mais après l'expérience du terrain, j'ai vu que c'était très individuel, que chaque infirmière était particulière et que certaines ne répondait pas aux critères que j'avais imaginés. Ma vision actuelle : c'est une personne qui est là pour prendre en charge une personne en souffrance et qui met en œuvre des moyens relationnels et techniques pour aider cette personne à gérer sa souffrance. Mais j'ai peut-être une version très psy de la formation, étant enfant d'une infirmière psy et ayant travaillé comme ASH dans un hôpital psy.

L : je ne peux pas vous dire ma vision ancienne de l'infirmière. Les souvenirs que j'ai datent du moment où j'ai commencé à travailler : c'est quelqu'un de responsable, qui a des connaissances, qui travaille en équipe. Mais l'exemple que j'en ai eu, quand j'ai travaillé, c'est une infirmière qui était seule, qui était en quelque sorte chef d'équipe. J'attends donc les stages en milieu hospitalier.

CB : y a-t-il des choses qui vous ont étonnés ?

B : rien de particulier. Peut-être que les stages soient aussi tard par rapport à d'autres écoles. Moi je suis impatiente d'aller en stage. Enfin, si, ce qui m'a étonné c'est la diversité des

56 parcours professionnels de chacun. C'est très positif, on s'enrichit en discutant avec les autres.
57 Et puis, avec ce nouveau programme, on est un peu des pionniers.

58 L : Moi, je pensais que c'était plus une formation d'adultes, j'ai l'impression d'être retombé
59 dans le système scolaire, ça fait très longtemps. Quand j'ai fait la formation AMP, c'était
60 vraiment une formation d'adultes, ça n'avait rien à voir du côté de la motivation des
61 personnes. Scolaire par rapport au comportement des étudiants.
62

63 K : je trouve qu'il y a une certaine infantilisation, qu'on essaie de nous mettre dans le moule
64 de l'école. Malgré de beaux principes de tolérance, de liberté d'expression, on n'a pas tant de
65 liberté que ça. On nous entend, mais on ne réagit pas forcément à ce que l'on dit : on n'en fait
66 pas forcément quelque chose. Et puis j'ai l'impression qu'on nous impose des savoirs, des
67 façons de voir les choses ; et quand on n'est pas d'accord sur ses façons de voir les choses, on
68 n'est pas écouté, notre argumentaire est mis de côté car on n'a pas l'idée de l'école.
69

70 J : je partage l'avis de L. concernant la maturité des étudiants. Il y a un retour à la
71 scolarisation. Je suis là pour apprendre un métier, pour m'investir ; ce n'est pas la même chose
72 pour d'autres qui sont là pour faire des études. Concernant l'école, beaucoup de choses sont
73 intellectualisées, et je ne vois pas la finalité de cela. D'emblée, on intellectualise sans se
74 préoccuper de comment nous, nous voyons les choses.
75

76 K : tu parles de l'exemple de la toilette ? En parler d'abord, sans voir de fiche technique dès le
77 départ qui permettrait comment savoir faire une toilette ?
78

79 J : c'est ça : une toilette, ça se décompose en quoi ? Et voir ensuite, ce que chaque acte peut
80 engendrer. Mais là, on a d'abord fait le concept de toilette. Et je ne vois pas l'intérêt
81 d'intellectualiser tout de suite les choses.
82

83 B : On a travaillé en petits groupes, et on n'a pas de réponses aux questions que l'on se posait,
84 tout reste vague. Et donc on est tous plus ou moins anxieux.
85

86 L : en fait ça dépend de l'intervenant. On travaillait en groupe et moi je n'ai pas du tout
87 ressenti ça : le but, je pense, c'était de faire ressortir toutes les angoisses que l'on avait par
88 rapport à ce soin, par rapport à l'inconnu, et non pas d'avoir une fiche technique à la fin. Par
89 contre, j'ai ressenti cette intellectualisation sur d'autres cours : par exemple, le cours sur le
90 ménage. Il était décalé.
91

92 J : du coup, on a l'impression de passer parfois beaucoup de temps pour des futilités ; et pour
93 d'autres interventions, on passe trop vite, cela aurait mérité d'être approfondi.
94

95 CB : Comment appréhendez-vous les stages ?
96

97 B : oui, le manque de pratique nous met en difficulté.
98

99 Tous : il nous tarde de partir en stage.
100

101 K : cela fait sept semaines que l'on est ici, ça fait beaucoup. On est dans une formation
102 professionnalisante, là, on se sent loin du soin.
103

104 B : c'est trop scolaire, on est tous impatients de partir en stage, c'est sur le terrain que l'on
105 verra vraiment les soins.

Extraits E1 B1 G3 (20'05)

1
2
3 AC : 18 ans, bac L, mes parents sont militaires.
4

5 C : 31 ans, ma mère est mère au foyer depuis son premier enfant et mon père est retraité de
6 l'éducation nationale en tant que directeur d'établissement scolaire. J'ai eu mon bac L en 1996,
7 j'ai une maîtrise de droit carrières pénales et judiciaires, j'ai pris deux ans d'années sabbatique
8 pour voir où j'allais, puis un an animatrice dans un foyer d'hébergement puis un an
9 responsable du personnel dans cette association ; deux ans au chômage, un an vendeuse dans
10 une boulangerie, petits boulots, conseillère d'emploi à l'ANPE et enfin secrétaire commerciale
11 dans un château.
12

13 H : 40 ans, deux enfants, mon père était expert-comptable et ma mère institutrice. J'ai eu un
14 bac D en 1988, j'ai fait une école de commerce et je suis devenu déléguée médicale. J'étais
15 licenciée il y a un an, en décembre 2008. J'ai réfléchi sur ma réorientation.
16

17 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ?
18

19 H : je voulais être infirmière quand j'ai passé mon bac, mais ça ne plaisait pas à papa ; donc
20 j'ai fait commerce car là, on pouvait gagner de l'argent, c'était beaucoup mieux, sauf que
21 l'école était très variée et je n'ai pas su choisir entre gestion et pub. Avec l'industrie
22 pharmaceutique, je touchais un peu au médical. Être licenciée m'a permis de faire ce que je
23 voulais faire depuis longtemps. La mère de ma meilleure amie était infirmière libérale, et
24 petites, on allait faire les visites avec elle. J'aimais bien le contact, la gentillesse qu'elle avait,
25 les prises de sang qu'elle faisait.
26

27 AC : l'image infirmière m'a été donnée par ma cousine, que je connais depuis que je suis née,
28 une personne tournée vers les autres, tolérante.
29

30 C : une image d'expérience de vécu familial. Ma mère a été malade, elle fut beaucoup
31 hospitalisée pendant mon enfance. L'infirmière est quelqu'un qui est au chevet des malades,
32 plus ou moins ouverte, plus ou moins compétente, plus ou moins gentille, mais quelqu'un qui
33 est là pour procurer des soins. Ce n'est pas sur cette image que je me suis fondée pour faire
34 mon choix. C'est sur celle que je veux en avoir. Si je veux être infirmière, qu'elle infirmière
35 veux-je être ? Ce que j'ai vu et ce que je ne voudrais surtout pas être par rapport à ce que j'ai
36 vu.
37

38 CB : vous avez été étonnés depuis la rentrée ?
39

40 C : alors là, il y a un certain nombre de deuils que j'ai commencés à faire. Concernant la
41 sécheresse de certains cours, le manque de profondeur impressionnant. Je sors et je suis en
42 colère : je ne suis pas venue là pour boire le café avec des copines. Je suis là pour avoir du
43 matériel pour réfléchir, pour me donner à réfléchir. Et pas des choses sur lesquelles j'aurais pu
44 discuter dans la rue, ça m'ennuie. Car ce sont des choses importantes pour moi : les TD sur les
45 émotions, les concepts. Ce que j'attends d'un professeur, c'est qu'il me donne des pistes pour
46 réfléchir. Je ne les ai pas. Et certaines prises de position de profs ne sont pas objectives, et ça
47 m'étonne de la part d'anciens infirmiers et de professeurs.
48

49 H : moi ce qui m'étonne, c'est le non-respect des gens vis-à-vis des intervenants ; ça m'a
50 énormément choquée, il y a un minimum de respect à avoir (*Accord général*), surtout que les
51 cours magistraux ne sont pas obligatoires, alors pourquoi viennent-ils. Après, les cours
52 d'anglais auraient pu être optionnels : on ne va pas tous être orientés vers la recherche, et la
53 rencontre avec un étranger est aléatoire. Moi ça remonte à 22 ans mes cours d'anglais.
54

55 AC : je pensais que le métier d'infirmière était un métier très pratique, et il y a une lourdeur de
56 théorie qui m'a un peu décontenancée. Ce référentiel a alourdi tout ça... Mais en fait elles sont
57 essentielles, ces connaissances ; mais je pensais qu'il y aurait plus de TD.
58

59 E : 19 ans, ma mère est mère au foyer et mon père est chauffeur-routier, bac S et je sors du
60 lycée. Ce qui m'a étonnée et c'est plus par rapport aux personnes que par rapport à la
61 formation : le non-respect en cours, le fait qu'il n'y ait pas vraiment de solidarité alors que
62 c'est un métier où on en a besoin, il y a surtout des petits groupes, des petits clans.
63

64 H : il y a un manque de tolérance qui me fait me demander comment ça va se passer plus tard
65 quand on va travailler.
66

67 C : je vois les choses comme ça : ils sont dans une optique d'école, alors que nous, nous
68 sommes dans une optique de formation professionnelle. Dans les travaux de groupe, on se
69 croirait à la maternelle : ce sont toujours les mêmes qui se proposent pour travailler. C'est
70 désagréable.
71

72 E : Les gens sont assez immatures. Je pensais me retrouver dans un endroit où les gens
73 seraient professionnels, plus respectueux, plus tolérants, et en fait j'ai l'impression de me
74 retrouver au collège avec des gens tout à fait immatures. Qui pour la plupart ne voient que
75 l'apparence physique et pas ce qu'on a dans la tête.
76

77 H : peut-être lors du premier stage, certains vont prendre une grande claque, confrontés à la
78 réalité de la vie. Le métier n'est pas facile, les gens pas forcément accueillants, il faut
79 s'occuper de tout le monde. Ou ces étudiants auront évolué, ou ils seront partis.
80

81 CB : comment appréhendez-vous votre premier stage ?
82

83 H : moi, c'est la toilette. On n'a jamais fait de toilette à l'école. J'espère qu'une aide-soignante
84 me montrera comment faire. En pratique on n'en a jamais vu. Je vais en chirurgie.
85

86 C : moi je vais en psychiatrie. J'ai déjà travaillé avec des personnes handicapées mentales et
87 j'ai beaucoup aimé. Je suis en train de déconstruire cette image pour pouvoir faire place nette,
88 pour pouvoir accueillir ce que je vais voir en tant qu'étudiante infirmière. J'aurai une difficulté
89 de positionnement personnel, ça va être que du relationnel. Et une perte de confiance en moi.
90

91 AC : moi je vais en SSR, pas d'appréhension particulière car ce n'est pas le premier stage que
92 je fais : j'avais déjà fait un stage en cardiologie pendant l'année de préparation.
93

94 E : je vais en chirurgie. Plutôt contente, car ça répond à mes attentes. Même si j'ai une grosse
95 appréhension.
96

97 CB : et pourquoi Bagatelle ?
98

99 H : j'ai accouché les deux fois ici, j'aimais bien le cadre, et j'ai recherché une école stricte.
100

101 AC : c'est le seul concours que j'ai eu. Mais on avait dit que c'était la meilleure école de
102 Bordeaux, et je voulais être à Bordeaux, donc autant viser la meilleure.
103

104 E : c'est la seule école qui ait bonne réputation, on m'a déconseillé d'aller à Pellegrin, on m'a
105 dit que ce n'était pas très bien. De toute façon je n'ai pas eu le concours.
106

107 C : j'ai passé trois concours. Ce qui est important pour moi ici, c'est qu'à la base c'est une
108 formation chrétienne, et aussi à cause de la bonne réputation. Quand je suis venue passer
109 l'oral, du feeling : les gens que j'ai rencontrés ont fait preuve de respect vis-à-vis des
110 candidats, le cadre « ancien ».

Extraits E1 B1 G4 (26'11)

1
2
3 M : 20 ans, mon père est cadre commercial et ma mère prof de yoga. J'ai eu un bac S, j'ai fait
4 deux années de médecine où j'ai échoué.

5
6 MA : 17 ans, bac ES, ma mère est agent comptable et mon père est prof d'EPS.

7
8 T : 29 ans, mon père est retraité militaire, ma mère est retraitée, elle était employée de mairie.
9 Je suis redoublante. J'étais responsable de pressing pendant sept ans. J'ai eu un bac SMS.

10
11 K : 37 ans, marié deux enfants de 11 et 4 ans. Ma mère était employée de banque, mon père
12 employé dans un laboratoire pharmaceutique. Bac L, une année comme jeune fille au pair aux
13 États-Unis, puis hôtesse de l'air pendant deux ans. J'ai arrêté de travailler à la naissance de
14 mon premier enfant puis j'ai repris le travail : aéroport de Bordeaux, surveillante de nuit dans
15 un IME, auxiliaire de vie pendant un an.

16
17 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ?

18
19 M : en sortant de médecine, je n'avais pas le projet d'intégrer l'école de Bagatelle. Je n'ai pas
20 vraiment eu le temps de réfléchir à ce qui m'arrivait. J'ai dû me reconvertir en quatre jours. Ce
21 n'était pas mon choix. Mais maintenant, je pense que j'ai trouvé ma voie, je recherchais le
22 contact humain dans la profession médicale et là je pense que je l'ai trouvé. J'ai foncé en fac
23 de médecine sans penser que j'avais quelque chose de plus à ma portée et qui me rendrait plus
24 heureuse. J'ai retrouvé ici beaucoup de cours que j'ai fait en médecine : l'anatomie, la
25 physiologie. Je suis passionnée. Cette 1^{ère} année est relativement intéressante, elle est calquée
26 sur aide-soignante.

27
28 MA : ça fait longtemps que je voulais être infirmière, d'ailleurs j'ai essayé de faire un parcours
29 qui était en rapport. C'est un métier intéressant car il permet de soigner à la fois physiquement
30 et psychologiquement les gens. Ce n'est pas une vocation, j'ai une autre passion qui n'a rien à
31 voir. J'attends du stage de voir si ça correspond bien à mes attentes ; pour l'instant, je rame en
32 biologie. J'attends du stage une confirmation ou une infirmation.

33
34 T : c'est un projet réfléchi, pas une vocation. Et tous les stages de l'année dernière m'ont
35 confirmé dans mon choix. Ce qui me paraît compliqué, c'est la masse de cours théoriques à
36 apprendre. Quand on vient du monde du travail, c'est dur. (*K. est d'accord*)

37
38 K : j'ai eu l'équivalence du bac il y a deux ans. Avant, je voulais être auxiliaire de
39 puériculture, j'ai passé deux fois le concours. Pour ne pas partir loin de ma famille, j'ai passé
40 le concours infirmier et je suis très contente d'être reçue à Bagatelle. Pour moi, l'infirmière
41 était quelqu'un qui apporte des soins et aussi un soutien psychologique. J'ai eu un très grave
42 accident de voiture : les personnes en face sont décédées avec leur fils de 10 ans, mon mari a
43 été hospitalisé en réanimation et on ne savait pas s'il allait s'en sortir, mon petit a été abîmé
44 aussi ; j'avais une haine par rapport à ce qui était arrivé, nous n'étions pas en tort. Quand je
45 suis partie, l'infirmière m'a dit : ne gardez pas cette haine en vous, ils l'ont déjà assez payé
46 comme ça. Cette phrase qui m'a beaucoup marquée, m'a montré que l'infirmière n'était pas
47 seulement là pour donner des soins techniques, mais aussi pour nous soutenir : elle a été
48 différente de la personne que j'imaginai à la base. Elle a quelque chose d'humain. Concernant
49 la formation, tout ce qui est la biologie de base, je comprends qu'on ait besoin de
50 connaissances mais on n'est pas toubib. Pour moi ça va beaucoup trop loin.

51
52 M : moi je voulais faire médecin, et je suis très contente car je sais qu'on va avoir besoin de
53 connaissances pour comprendre ce que dit le médecin, comprendre ses codes. Et ça
54 n'empêche pas qu'on peut être très psychologue.... Et le programme est nouveau, nous
55 sommes des pionniers !
56

57 MA : je ne pense pas qu'on ait besoin de tout ça pour être une bonne infirmière. Il n'y a qu'à
58 voir l'exemple de T. : c'est incroyable qu'elle ait des notes excellentes sur le terrain, et qu'elle
59 ait redoublé parce qu'en théorie, ce n'était pas suffisant.
60

61 K : ce ne sont pas des connaissances théoriques qui font de nous de bons professionnels.
62

63 T : il y a des domaines où c'est très important : par exemple la pharmacologie. D'autres moins.
64 Après, quand on ira travailler, dans un service spécialisé, il y aura plein de connaissances que
65 l'on n'utilisera plus. Il faut des connaissances de base.
66

67 MA : s'il fallait des connaissances aussi pointues, il fallait le dire avant et ne pas dire que
68 c'était ouvert à tout le monde. J'ai des connaissances de base en biologie et je suis très en
69 difficulté en ce moment.
70

71 T : c'est vrai qu'on est aussi à Bagatelle. Ici l'enseignement est beaucoup plus poussé, j'ai pu
72 comparer avec d'autres étudiants. Aux poids des classeurs de cours. Il y a un niveau très élevé
73 ici. Quand tu arrives en stage et que tu dis que tu viens de Bagatelle, on te prend plus au
74 sérieux. Tu n'as pas le même statut que les autres. C'est vrai que c'est gratifiant, mais ça
75 demande une masse de travail.
76

77 K : tu as intégré Bagatelle, félicitations et bon courage... (*Rires*)
78

79 CB : pourquoi Bagatelle alors ?
80

81 K : j'ai passé Pellegrin, Charles Perrens et Bagatelle. Je n'ai eu que Bagatelle. J'étais contente
82 parce que c'est une école qui a bonne réputation.
83

84 MA : j'ai fait confiance à l'école qui me donnait le plus ma chance, qui me donnerait la
85 meilleure note à l'oral : j'ai eu 19 ici. Et en plus je savais que c'était une super école.
86

87 M : j'ai passé l'oral du concours quatre jours après les résultats de médecine : à Xavier
88 Arnozan et à Bagatelle, j'ai eu les deux. J'ai choisi Bagatelle sur sa bonne réputation.
89

90 K : c'est une école qui a excellente réputation, très largement sur le département et même plus.
91

92 CB : Comment appréhendez-vous les stages ?
93

94 M : c'est un peu stressant, c'est la semaine prochaine et on n'arrête pas d'en parler en cours. Ça
95 va se concrétiser. C'est excitant et stressant. Je vais en maison de retraite.
96

97 MA : je pense que les profs font beaucoup pour porter l'esprit de Bagatelle, l'image de
98 Bagatelle dans les services, j'ai l'impression d'être comme une petite interne. Je vais en
99 médecine cardiologie. Comme ça, je vais très vite savoir si ça me convient ou pas ; si j'étais
100 allée en maison de retraite je crois que je n'aurais pas pu le dire.
101

102 T : je vais en psychiatrie. Il me tarde de partir en stage. Même si je trouve que les cours sont
103 très bien, je suis très contente d'être ici : les profs sont hyper à l'écoute, hyper dynamiques,
104 hyper disponibles, hyper empathiques ; on a beaucoup de chance. Le cadre est super en plus.
105

106 K : cinq semaines ça va être long. Moi je vais à B. C'est loin mais c'est un très bon stage. En
107 médecine. On est très bien encadré. Ça me rassure. Car on n'a pas beaucoup fait de pratique.
108

109 T : l'avantage qu'on a par rapport à la Croix-Rouge par exemple, c'est qu'on n'a pas de limites
110 pour apprendre les soins : la limite c'est nous. On peut apprendre les injections.

Extraits E2 B1 G1 (33'29)

- 1
2
3 Tous : on est fatigués.
4
5 H : même épuisés. Le problème sur les lieux de stage, c'est le nouveau programme. Certains
6 n'y croient pas donc on est toujours sur le système MSP, démarche de soins. Les terrains sont
7 plus exigeants parce qu'ils pensent que comme il n'y a plus de MSP, il faut faire plus travailler
8 les étudiants. C'est fatigant.
9
10 R : moi on ne m'a pas évalué sur certains soins, on m'a regardé faire, on n'a jamais dit, on va
11 faire une évaluation comme avant.
12
13 L : moi c'est pareil. Ils sont dans le regret de la formation précédente ; mais on ne m'a pas
14 évaluée, on m'a regardée c'est tout.
15
16 B : il y a un peu des deux ; la nostalgie de la MSP est présente, l'évaluation est conservée.
17
18 A : ce qui est difficile pour eux à comprendre, c'est que je dois être avec eux quand ils
19 remplissent la feuille de stage. La négociation a commencé là.
20
21 V : je suis soulagé plus que fatigué. Je ne sais pas quoi vous dire.
22
23 R : ce qui est fatigant, c'est le rythme de travail. Les semaines sont lourdes parfois plus de 35
24 heures. Il n'y a pas vraiment de répit.
25
26 A : on a eu les résultats du semestre 2 vendredi, et les rattrapages étaient mardi. C'est un peu
27 court, un accident peut toujours arriver. Certains sont en difficulté.
28
29 H : et les stages nous demandent aussi beaucoup de recherches personnelles. Donc on ne peut
30 pas travailler les cours.
31
32 CB : où en êtes-vous de vos compétences ?
33
34 B : surtout concernant les soins de nursing, puisqu'on doit acquérir la compétence 3. Mais
35 certaines équipes nous ont incités à apprendre d'autres soins quand même.
36
37 H : je ne suis pas d'accord avec toi, j'ai acquis la compétence 3 mais si je dois travailler
38 demain en réanimation, je ne suis pas sûre de pouvoir faire ces soins.
39
40 V : c'est acquis au niveau technique, mais après il y a deux ans pour parfaire d'autres points.
41
42 A : nous on apprend les soins en technique, mais je n'ai vu aucun aide-soignant travailler
43 comme nous. C'est du bourrage de crâne pour rien.
44
45 R : c'est le principe d'en faire le plus pour qu'il en reste pas mal. Il y a de la perte en cours.
46
47 V : des études ont montré que les pratiques soignantes peuvent être améliorées. La technique,
48 c'est ce qui devrait être fait dans un monde idéal, vers quoi on doit tendre.
49
50 H : moi, une toilette au lit, si je dois la faire en technique, il me faut 40 minutes minimum.
51 *(Les autres sont d'accord).*
52
53 CB : avez-vous parlé de ce nouveau référentiel avec des étudiants d'autres IFSI ?
54
55 V : oui, c'est la merde...
56
57 L : oui, ce que l'on ressent ici, c'est pareil ailleurs. Les stages se passent à peu près pareils, au
58 détail près qu'ils font les stages de 10 semaines. Bagatelle a été au moins sympa sur ce point-
59 là, on a fait des stages de cinq semaines.
60

61 A : 10 semaines si ça se passe mal, on a aussi le temps de réajuster.
62
63 H : les 10 semaines dans un stage où des gestes sont très répétitifs c'est long. Exemple le
64 SAD. 10 semaines à faire des piluliers...
65
66 L : en maison de retraite, c'est qu'on est vite de la main-d'œuvre. Alors 10 semaines... C'est à
67 nous de poser le cadre.
68
69 R : il y a des stages où on nous laisse beaucoup d'autonomie et d'autres beaucoup moins. Le
70 positionnement étudiant, c'est dur.
71
72 CB : et ici, vous avez de l'aide pour trouver ce positionnement ?
73
74 V : en général oui., Ça dépend des formateurs évidemment.
75
76 R : à quel moment un formateur t'a aidé à te positionner ?
77
78 V : si [cite un nom]
79
80 R : ce que j'ai entendu, moi, ne risque pas de m'aider.
81
82 V : toi, ça ne t'aide pas. Mais d'autres aussi : il est arrivé que certains formateurs se déplacent
83 sur les terrains parce qu'il y avait un problème.
84
85 H : ça dépend des formateurs ; dans notre groupe, je sais que si j'avais un problème en stage,
86 je ne m'adresserai pas à notre formateur. Il ne pourrait pas gérer des crises trop importantes.
87 Autrement, je pense que les formateurs devraient se déplacer pour expliquer aux services le
88 maniement du portfolio, et son remplissage.
89
90 A : avec eux, on doit toujours s'améliorer, avec ça on n'aura jamais notre diplôme.
91
92 *Brouhaha. Ils parlent des vacances.*
93
94 V : on est vraiment fatigués, on est des cobayes, pas des pionniers.
95
96 H : ce qui est rigolo, c'est qu'on est dans une formation humaine et qu'on en est arrivé à
97 travailler avec des DVD...

Extraits E2 B1 G2 (45'23)

1
2
3 K : l'année s'est à peu près bien passée, les débuts ont été un peu difficiles, le premier stage.
4 J'étais en médecine et pour un premier stage, c'était très difficile : il y a énormément de choses
5 à apprendre : on affronte la mort, l'alcoolisme, les cancers et pour moi, je n'étais pas préparée
6 à prendre tout en pleine figure. Maintenant j'ai réussi à trouver mon petit rythme de croisière
7 donc ça va. J'ai eu huit rattrapages à passer, et du coup je ne sais pas si je passe en deuxième
8 année. Je suis usée. Par la charge de travail, par les stages où on se donne à fond, et puis la
9 famille après. Je ne suis pas assez bien organisée.

10
11 H : l'année a été très difficile. J'ai toujours envie d'approfondir les cours et ça me prend
12 énormément de temps. Et puis pareil, j'ai la vie de famille à côté. Ça a payé, puisque je n'ai
13 pas eu de rattrapages. Ce sont trois ans très difficiles quand on a une vie de famille.

14
15 T : pour moi aussi ça été difficile. Autant niveau des cours que des stages, c'est très fatigant.
16 J'ai quelques rattrapages, mais je passe en deuxième année. Les évaluations sont condensées
17 sur deux jours.

18
19 KE : je passe en deuxième année même avec trois rattrapages. Je trouve le nouveau
20 programme plus facile, c'est un système fac et ce système me convient très bien, pour deux de
21 mes stages, je n'ai pas eu mon choix mais ils se sont bien passés quand même. Satisfait que ça
22 soit fini. Il y avait des moments relativement calmes quand même. On avait des cours
23 occupationnels. Il s'agissait de faire preuve de présence.

24
25 J : l'année s'est dans l'ensemble bien passée, je suis content. Mon premier stage hospitalier :
26 mauvaise expérience. Les deux autres : en maison de retraite et en libéral qui m'ont vraiment
27 convenu. Je pense m'orienter vers de la longue durée ou chronique. Beaucoup de fatigue
28 physique : les stages, la transition entre stage et école. Et aussi de fatigue morale : fatigue
29 latente, dans les stages et les évaluations qui sont très concentrées. Je suis partisan d'un petit
30 fractionnement. Sinon content.

31
32 C : très, très dur. J'ai décidé de ne pas travailler cet été pour vraiment me reposer parce que
33 psychiquement, ça m'a demandé beaucoup d'efforts. D'avoir une vie de couple séparé ce n'est
34 pas évident, de ne pas habiter chez moi, mais ici. Ensuite des questionnements personnels
35 quand j'ai vu les stages que j'ai eus : je me suis vraiment demandé ce que je faisais là, dans
36 cette profession, en voyant certaines équipes. La réalité relationnelle des équipes me fait peur.
37 Je me sens plus infirmière libérale car j'ai vu des choses qui sont affreuses et que je ne veux
38 plus voir. À part ça, d'un point de vue psychologique ça m'a fait beaucoup avancer, travailler.
39 Un travail sur moi énorme. Par rapport à la formation, au début elle ne correspondait pas à
40 mes attentes j'étais très en colère ; puis j'ai compris qu'il fallait que je travaille sur mes
41 attentes. J'ai l'impression de survoler beaucoup de choses, j'attendais beaucoup plus
42 d'approfondissement.

43
44 CB : et les autres, vous avez l'impression que les choses sont survolées ?

45
46 KE : c'est vrai.

47
48 H : et c'est pour ça qu'on est obligé d'aller chercher des informations ailleurs. On devrait
49 pouvoir se dire que ce qui est vu en cours est suffisant, mais ce n'est pas le cas.

50
51 C : parfois j'ai dû refaire des cours complets. Je suis allée piquer des cours aux troisièmes
52 années pour ça.

53
54 CB : ah ?

55
56 Les autres : oui, avec C., c'est tout dans les règles de l'art ; d'ailleurs, elle est major de promo.

57 KE : c'est une histoire d'éthique professionnelle. C. ne se contente pas de ce qui est donné en
58 cours. Tu perçois ça comme un manque vis-à-vis du patient, une responsabilité d'avoir des
59 connaissances.
60

61 K : je suis tout à fait d'accord avec C. Dans les stages, on rencontre des gens tout à fait
62 différents, les professionnels différents, certains sont très professionnels, d'autres beaucoup
63 moins. C'est à nous de choisir ce qu'on veut faire, ce qu'on veut être. On se construit des
64 modèles et des contre-modèles.
65

66 C : ce dont j'ai peur, c'est d'être dans le rêve. L'idéal on l'a en nous. Je me demande si je vais
67 avoir la force d'être ce que je veux être malgré les pressions, malgré le manque de personnel,
68 malgré les patients, malgré l'équipe qui tire parfois vers le bas.
69

70 T : c'est pour ça qu'on fait des stages un peu partout. Il y a des services dans lesquels on sait
71 qu'on n'ira pas du tout travailler ; d'autres stages non plus, mais je sais que je n'irai pas
72 travailler là non plus.
73

74 H : je suis bien tombée les trois fois dans tous les stages. Il n'y a pas eu de conflit dans les
75 équipes. En maison de retraite, j'ai travaillé avec les aides-soignantes ; j'ai vu des choses qui
76 étaient choquantes mais il n'y a pas d'endroit parfait. J'aimerais bien travailler en libéral.
77 Comme autrefois. Parfois les équipes sont dures à gérer, mais je me dis que je ne suis là que
78 pour cinq semaines. Je ronge mon frein.
79

80 CB : avez-vous rencontré des étudiants d'autres écoles ?
81

82 KE : j'ai rencontré des étudiants de 1^{ère} année de la Croix-Rouge, de Xavier Arnozan et de
83 Charles Perrens. À Charles Perrens, j'ai perçu un manque d'apports théoriques concernant la
84 démarche de soins par rapport à nous, on la maîtrise mieux qu'eux ; à Xavier Arnozan, c'était
85 une grande difficulté par rapport aux évaluations théoriques, des résultats mauvais pour une
86 grande majorité de la promotion ; cela nous fait relativiser ce que l'on vit ici. On n'est pas si
87 mal à Bagatelle
88

89 K : la Croix-Rouge et Libourne. J'ai trouvé que nous avons eu beaucoup plus de cours avant
90 de partir en stage que les autres étudiants de Libourne. Ils n'avaient pas fait beaucoup de
91 biologie. Celle de la Croix-Rouge c'était une 2^{ème} année. Et la cadre m'a dit que je savais plus
92 de choses qu'elle. Je crois que c'est le programme qui fait ça.
93

94 T : à la Croix-Rouge c'est particulier ; il y a plein de choses qu'ils n'ont pas le droit de faire
95 dans les premiers stages. Ils ont des directives très strictes.
96

97 KE : en plus, il y a beaucoup d'absentéisme au niveau des formateurs, des intervenants,
98 beaucoup de cours sautent. Et ils sont livrés à eux-mêmes. Et ils payent cher.
99

100 K : tout ça me fait dire qu'on n'est pas si mal à Bagatelle, sauf l'étiquette que l'on a.
101

102 C : c'est l'étiquette religieuse, je me suis posée la question. J'ai senti des choses. C'est plutôt
103 intuitif.
104

105 KE : j'ai déjà entendu dire par certains soignants à Bagatelle, on avait une certaine rigueur, un
106 sérieux. Ce qui n'est pas forcément vrai ; chacun fait ce qu'il veut de sa formation. On n'est
107 pas forcément dans un moule, mais ça ressort souvent cette notion de sérieux. Bagatelle a une
108 étiquette.
109

110 C : mais ici on nous demande de rentrer dans un moule qui est prédéfini.
111

112 K : je suis d'accord avec C. Ça me fait penser à Air France, moi qui suis ancienne hôtesse de
113 l'air : il y avait un moule Air France ; et là je ressens la même chose à propos de Bagatelle.
114

115 H : c'est quoi le moule Bagatelle ? Moi, je ne le ressens pas du tout.
116
117 C : et bien c'est peut-être que tu es déjà dans le moule ! (*Rires*)
118
119 KE : d'une certaine manière, c'est assez vrai : H, tu es une élève sérieuse, qui ne fait pas de
120 vagues, qui participe, qui est moteur, qui dit les choses mais qui sait mettre les formes, c'est ça
121 le type Bagatelle.
122
123 H : mais alors, pas pour longtemps, c'est fini ça.
124
125 J : moi je me considère un peu comme un électron libre. Le moule, je le vois, j'essaye de
126 prendre du recul par rapport à ça ; je rentre et j'en sors. J'ai ressenti comme C. le côté
127 tranchant de Bagatelle, en bien ou en mal, soit en positif : de la rigueur, soit en négatif : les
128 œillères, liées à peut-être la notion de trop de rigueur. Mais j'essaie de prendre du recul par
129 rapport à ça.
130
131 T : je pense qu'on est déjà plus âgés, et c'est plus simple pour nous peut-être de ne pas rentrer
132 dans le moule, de ne pas être embêtés par eux, on est moins influençables que les petits jeunes
133 qui sortent du bac on essaye de moins nous contraindre de rentrer dans ce moule car ils
134 pensent qu'ils vont moins y arriver. En plus, je pense que vous avez une perception différente
135 parce que vous êtes des hommes. Parce qu'on a besoin d'hommes dans cette profession, alors
136 on va moins les contraindre. En plus, K. et moi sommes redoublants, on a un passif, on ouvre
137 la bouche et on a ces stigmates qui nous suivent... Sur les listes des étudiants, nos noms
138 étaient écrits en gras et en plus gros.
139
140 K : oui, et ça depuis le début de l'année. L'explication donnée est que la police et la forme des
141 listes de l'année dernière n'était pas la même que cette année, et que il y a eu un copier-coller.
142
143 J : c'est dangereux de se mettre en avant en public. Quand on intervient, c'est très délicat, on
144 peut être perçu comme perturbateur.
145
146 Chuchotements : Voire un leader négatif
147
148 KE : c'est une petite blague entre nous ; ma référente m'a dit que j'étais un leader négatif, car
149 j'intervenais toujours pour faire des remarques négatives. Je l'ai pris avec un certain recul,
150 parce que déjà cette référente ne sera plus là l'année prochaine. C'est plus un conflit de
151 personnes. Nous n'avons pas la même conception du soin : je suis plutôt sur la sphère
152 relationnelle et elle sur la sphère technique. Ce sont deux mondes qui s'opposent.
153
154 J : et ça c'est depuis le début et je ne sais pas pourquoi.
155
156 Les autres : son fils s'appelle K., et elle a fait un gros transfert sur K. l'étudiant.
157
158 KE : je sais pourquoi je suis là, c'est d'avoir mon examen dans trois ans, et si une formatrice
159 ne m'apprécie pas, ce n'est pas grave, je n'en tiens pas compte.
160
161 C : j'ai eu la même réflexion de la part de cette référente : je ne parlais pas bien, j'avais un
162 mauvais comportement en classe. Ça m'a remis énormément en question. Au point que je ne
163 disais plus rien. Je suis allée voir d'autres formateurs pour leur demander leur avis. Ça ne les
164 dérangeait pas.
165
166 J : c'est que tu es ouverte et franche, et ça ce n'est pas tellement apprécié.
167
168 C : par la formation, je me trouve dans une situation où je me sens fragile, je me sens remise
169 en cause, je suis obligée de tout reconstruire ; et même à mon âge, je pense qu'ils ont une
170 sacrée influence. Ils ont quand même un pouvoir sur nous qui est très fort. Quand le référent
171 fait une seule réflexion comme ça, ça peut aller très loin, ça nous touche beaucoup.
172

173 J : j'essaie de le prendre autrement, de me focaliser sur mon parcours ; je suis sûr de mes
174 motivations. Je me fie au plaisir que j'ai dans la pratique. J'essaye de voir les critiques de
175 manière constructive. Mais le fait de rationaliser ce qu'on nous dit ne marche pas à 100 %.
176

177 KE : au contraire de la Croix-Rouge, nous avons un suivi très présent, chaque formateur
178 référent connaît les étudiants par leur prénom, connaît leur parcours. Par contre, ça devient
179 délicat si on est le mauvais objet. On est peut-être plus suivi qu'ailleurs. Peut-être avec
180 Charles Perrens ils sont très suivis aussi.
181

182 C : les référents sont disponibles pour n'importe quel étudiant, on peut les voir pour n'importe
183 quel problème.
184

185 CB : dans vos trois stages, avez-vous pu faire des soins techniques par exemple ?
186

187 Tous : oui
188

189 T : les formateurs nous ont dit que nous n'avons pas de limites pour apprendre : la limite c'est
190 nous. C'est nous qui sentons si nous en sommes capables ou non.
191

192 KE : l'école nous laisse cette possibilité, mais ça dépend des stages. Pour certaines équipes, la
193 première année ce sont les soins de nursing.
194

195 H : si on part en stage avec l'esprit ouvert, on va pouvoir beaucoup apprendre. Et bien évoluer.
196 Le même stage n'est pas vécu de la même manière par deux étudiants différents.
197

198 T : on est parfois frustré de notre parcours de stage : si on va en psychiatrie et puis en maison
199 de retraite, on ne verra pas trop de soins techniques.
200

201 KE : c'est mon cas, j'ai un manque en soins techniques et donc mon prochain stage je le fait en
202 chirurgie viscérale. Dans un service que j'ai pu choisir. Je vais pouvoir apprendre beaucoup de
203 choses et ça ne me gêne pas donc d'avoir aujourd'hui un certain retard. J'ai appris d'autres
204 choses que d'autres étudiants n'ont pas forcément vues. De toute façon, on a trois ans pour
205 apprendre et puis après, toute notre carrière. On n'apprend pas à la même vitesse. Et puis ce
206 qui est une force à Bagatelle, c'est de pouvoir proposer des lieux de stage par rapport à la
207 discipline que l'on souhaite faire. Et de choisir dans la liste des stages où on voudrait aller.
208 J'estime qu'on est assez acteur de notre formation. Même si on n'a pas forcément ce qu'on
209 demande.
210

211 T : ils ont le souci de diversifier les stages.
212

213 J : on sent bien qu'ils essaient de mettre une certaine cohérence dans le parcours de stage. Ils
214 cherchent à faire émerger le soignant que l'on est. On tâtonne un peu. Je pense que je n'ai pas
215 trop de problème pour entrer et sortir du moule, enfin c'est mon impression.
216

217 Échanges sur le positionnement de J. dans la promotion.
218

219 CB : une formation ne doit-elle pas proposer un moule, pas trop contraignant certes ?
220

221 T : on rentre dans un établissement qui a trop d'histoire, et tout ce qui va avec.
222

223 C : le moule ne me gêne pas, mais je souhaite avoir la possibilité de le voir de l'extérieur et de
224 choisir d'y entrer ou pas. On voit bien que certains formateurs ont réussi à faire ça. Je
225 n'accepte pas qu'on nous demande d'être quelqu'un d'autre. Je pense que les 4 derniers
226 semestres vont être de l'ordre de la survie.

Extraits E1 P1 G1 (39'25)

1
2
3 M : 21 ans, bac L, j'ai fait fac de langue appliquée pendant six mois, j'ai travaillé dans la
4 restauration pour partir à Berlin afin de parfaire l'allemand. Et réfléchir à mon parcours. J'y
5 suis resté un an, j'ai travaillé dans les bistros. Je suis rentré l'an dernier. Et j'ai commencé à
6 préparer le concours infirmier. Mon père est universitaire et ma mère est sans profession
7 actuellement.
8

9 L : 21 ans, bac ES, deux ans de maths appliquées aux sciences sociales, et j'ai fait une
10 troisième année à Nantes en sciences de l'éducation. Je travaille comme faisant fonction
11 d'aide-soignante depuis cinq étés en maison de retraite. Ma mère et assistante sociale Charles
12 Perrens, mon père était ingénieur commercial.
13

14 A : 24 ans, bac S, mon père est dessinateur illustrateur scientifique et ma mère était
15 institutrice. Elle avait commencé des études infirmières qu'elle a arrêtées, et je l'ai appris tout
16 récemment après son décès. J'ai fait deux premières années année de médecine pour être sage-
17 femme. J'ai eu la première année et j'ai essayé de continuer la filière médicale. Et là, ça s'est
18 révélé difficile car je travaillais à côté. J'ai arrêté après le redoublement de deuxième année.
19 J'ai travaillé 11 mois dans une maison de retraite.
20

21 CB : quelle image de l'infirmier aviez-vous avant de rentrer ?
22

23 M : l'infirmier est une personne qui assiste les gens malades, qui sont dans l'incapacité d'être
24 autonomes, qui a un savoir technique, scientifique et médical, qui a une liberté de choix, de
25 compréhension de toutes les pathologies et de tout ce qu'il faut mettre en place pour soigner la
26 personne. Et c'est surtout, ce qui m'attirait, la polyvalence, la possibilité d'exercer dans
27 différents cadres, différentes structures. Cette polyvalence m'attirait. Je n'avais pas de
28 représentation de l'infirmière, blonde, comme on voit dans les médias. J'avais pas vraiment de
29 catégorisation de l'infirmier.
30

31 L : je n'ai l'image que de l'infirmière en maison de retraite, ça me plaisait ce qu'elle faisait.
32 Mon projet professionnel et de travailler dans les lieux de vie, pas en milieu hospitalier. Plutôt
33 des structures médico-sociales : comme l'accueil des victimes. L'infirmière a un rôle central
34 en maison de retraite, c'est elle qui met en place les protocoles de soins. Ça me plaisait
35 énormément cette place centrale. Et puis la connaissance biomédicale j'aime bien. Ainsi que
36 les aspects techniques.
37

38 A : en deuxième année de médecine, j'ai pu faire des stages et j'avais une vision vraiment
39 négative de l'infirmière : elle était dans l'acte que lui demandait le médecin, sans grande
40 réflexion. Et ça, ça ne m'intéressait pas du tout. Et en maison de retraite, j'ai eu une vision
41 tout à fait différente de l'infirmière. Mais au départ ça ne m'a pas plu : je la voyais trop centrée
42 sur l'organisation, et peu sur les résidents. Ce qui m'a fait venir dans cette formation, c'est de
43 me demander ce que je pouvais apporter aux patients moi-même. Je peux le faire autrement.
44 Amener plus d'écoute, plus d'échanges. Et c'est ce qui manquait en maison de retraite de la
45 part de l'infirmière. Ça allait très vite. J'étais aide-soignante titulaire : je faisais les toilettes, je
46 distribuais les médicaments, je faisais des ateliers d'activités (de dessins, lecture de journaux,
47 chansons...).

48
49 CB : avez-vous été étonnés depuis la rentrée ?
50

51 *Silence*
52

53 M : peu de choses m'ont déplu, le self : trop de monde ; par rapport aux enseignements, je sais
54 qu'il y a des complications dues à la réforme, que c'est pas facile pour les référents et pour
55 nous, sinon je ne trouve rien. Les cours me plaisent : je ne savais pas que c'étaient des
56 anciennes infirmières qui nous feraient cours et je trouve que c'est un bon moyen de passation

57 des savoirs. L'hétérogénéité des étudiants est intéressante. Et puis pour se parler avec des gens
58 qui ont travaillé comme aide-soignant, c'est énorme ça m'apporte beaucoup.
59

60 L : on m'avait dit qu'à Pellegrin, tous les faibles étaient éliminés dès le début, je n'étais pas
61 tranquille au début. C'est un collègue à moi qui m'avait raconté ça, c'est son vécu à lui. Moi
62 depuis un mois je suis très content d'être là, je trouve que les profs sont de qualité. J'avais peur
63 d'être très, très maternée, et on ne l'est pas tant que ça. Ça se passe bien. Et je suis d'accord
64 avec ce que dit la directrice. Je sens qu'en sortant d'ici je serais bien formée.
65

66 M : c'est rassurant de sentir qu'on fait partie du CHU, de l'hôpital ; ce n'est pas comme
67 Bagatelle ou la Croix-Rouge qui ont des statuts particuliers. Ici, c'est démocratique, public.
68 C'est un très bon centre de formation car on a des services de pointe qui sont proches ; et les
69 gens qui enseignent ici ont des expériences différentes, en psychiatrie ou en soins généraux.
70 Le côté hétérogène de la promo peut être intéressant : j'ai beaucoup voyagé quand j'étais petit
71 et je pourrais aider en anglais ceux qui peinent un peu, et ceux qui ont fait des études de bio
72 pourront m'aider pour la biologie. Le CHU est le premier employeur d'Aquitaine et c'est
73 rassurant.
74

75 CB : et les autres IFSI ?
76

77 L : je voulais Charles Perrens mais je n'ai pas eu l'écrit. On m'a dit que l'école de Charles
78 Perrens était réputée pour sa prise en charge psychologique, sociologique des patients. En en
79 deuxième, c'était le CHU et en dernier Bagatelle. Mais là, le cadre est très joli, mais avec des
80 formateurs ça ne passait pas.
81

82 M : j'avais une petite préférence pour Charles Perrens moi aussi, pour les mêmes raisons ; cet
83 aspect plus axé sur le psy m'attirait, ainsi que le cadre. Le CHU était ma deuxième option. Et
84 Xavier Arnozan est trop loin et mal desservi. La Croix-Rouge ça aurait pu m'aider pour
85 l'humanitaire après. Et puis c'est payant.
86

87 A : Pellegrin, c'est par hasard. En fonction des dates du concours. Je viens de Chartres, et c'est
88 un changement autant professionnel que personnel.
89

90 CB : et la taille de la promotion, vous êtes 146 ?
91

92 M : ça ne me gêne pas, c'est plus enrichissant pour les travaux de groupe.
93

94 L : pour le travail c'est très bien.
95

96 *Discussion sur la nouvelle réforme, sur l'évaluation continue du portfolio.*
97

98 CB : comment appréhendez-vous les stages ?
99

100 M : SSR
101

102 L : chirurgie cardiaque
103

104 M : j'ai peur d'être mal accepté par les uns par les autres, à cause de mon statut d'étudiant.
105 Peur de m'attacher à des patients, de devoir les quitter au bout de cinq semaines.
106

107 L : j'ai peur du bizutage, que les équipes fatiguées jettent leur ras-le-bol sur les étudiants, c'est
108 ce que j'appelle le bizutage. Les étudiants ont quand même un statut inférieur, ils dérangent
109 avec leurs questions. Comment les équipes vont nous accueillir ?

Extraits E1 P1 G2 (25'23)

1
2
3 K : 17 ans, bac ST2S, mon père est enseignant dans un lycée professionnel et ma mère est
4 chef de chantier agricole.

5
6 E : 27 ans, j'ai un Master 2 en ressources humaines, et je suis en reconversion : avant j'étais
7 consultante en ressources humaines pendant trois ans. Mon père est consultant informatique et
8 ma mère est secrétaire de direction.

9
10 D : 26 ans, bac L, maîtrise d'histoire, concours d'enseignement pour être prof seulement
11 admissible ; j'ai travaillé dans l'animation en préparant le concours à l'IUFM, deux fois
12 admissible, donc j'ai préparé le concours infirmier. Ça me fait mal au cœur d'avoir autant de
13 diplômes, même si je suis content d'être ici, mais cette déviation là j'ai du mal à m'en remettre.
14 Mon père est un ancien militaire de l'armée de l'air qui travaille maintenant dans la jeunesse et
15 sport à Anglet et ma mère est employée de banque.

16
17 CB : Pourquoi infirmier ?

18
19 D : J'ai travaillé à mi-temps avec des handicapés, je connais beaucoup de monde dans le
20 milieu médical. J'ai des amis qui ont entre 25 et 30 ans et qui s'acharnent à passer le concours
21 d'enseignement sans être sûrs de l'avoir.

22
23 DA: 48 ans, mes parents sont tous les deux retraités restaurateurs cuisiniers, j'ai fait des études
24 en sciences de l'éducation en Allemagne et en même temps des études en STAPS qui m'ont
25 menée jusqu'en maîtrise, intitulée : « sport et réhabilitation sociale ». J'ai essayé de passer le
26 CAPES une seule fois. J'ai trois enfants, je travaillais dans l'éducation nationale en tant que
27 vacataire. Notamment avec des jeunes aveugles. J'ai eu trois autres enfants. L'année dernière
28 j'ai réfléchi une reconversion, et je me suis dit que dans cette profession il y avait des ponts à
29 faire entre le corps, le sport, le handicap.

30
31 CB : et vous, pourquoi cette réorientation ?

32
33 E : l'année du bac, il y avait deux orientations qui me plaisaient : infirmière ou la psychologie.
34 Finalement je n'ai fait ni l'un ni l'autre à ce moment-là. J'étais orientée familialement vers
35 autre chose, clairement mes parents ne voulaient pas que je sois infirmière ;

36
37 DA: je n'aurais jamais pu faire ses études à 20 ans.

38
39 E : je ne regrette pas ce que j'ai fait car ça m'a amené d'autres choses, mais je m'étais fixé une
40 limite : mon conjoint a été muté sur Bordeaux et j'en ai profité pour démissionner de mon
41 travail et de préparer les concours infirmiers.

42
43 CB : et vous K ?... vos camarades vous admirent.

44
45 DA : c'est vrai, car c'est dur.

46
47 K : pour moi, il n'y a pas grand-chose d'admirable, il y a une logique dans la continuité de mes
48 études. Je dis depuis que je suis toute petite que je voulais être infirmière. Du côté de mon
49 père, il y a eu pas mal de personnes qui ont eu des gros soucis de santé et c'est un milieu qui
50 ne m'a jamais effrayée. Un de mes oncles a été opéré et, de retour chez lui, j'étais l'infirmière
51 qui venait faire les soins le mercredi. Cette année j'ai passé le concours sans trop de
52 conviction, car j'entendais qu'il fallait faire une prépa, que j'étais trop jeune, que de toute
53 façon si ça passait à l'écrit ça passerait pas l'oral, et je suis là. C'est mon rêve qui se réalise. Et
54 si tout va bien dans trois ans je serai infirmière.

55
56 DA: à 20 ans ! Moi à 20 ans je n'avais pas cette maturité, je pensais aux petits copains, j'étais
57 très centrée sur moi.

58 K : avant la rentrée, j'appréhendais un petit peu les forums, et j'avais vu que la moyenne d'âge
59 était au moins de 20 ans.
60

61 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ?
62

63 D : comme une présence.
64

65 DA: un métier d'empathie, riche en relations humaines, un métier où on a besoin de technicité
66 aussi, on accompagne les gens. Et ça n'a pas changé depuis un mois. Je suis étonné qu'on tient
67 autant compte du côté psychologique des patients. Quand on se promène à l'hôpital, ce n'est
68 pas ça qu'on voit ; à moins qu'il y ait un grand décalage entre la formation et la pratique.
69

70 E : un métier fort humainement, plein d'émotions : à la fois le contrôle de nos émotions et
71 l'échange émotionnel. Et aussi le côté technique, manuel, le fait de développer pas mal ses
72 sens.
73

74 K : j'avais tellement bien préparé le concours que j'avais une idée de l'infirmière assez réaliste.
75 Maintenant, il y a des choses qui m'ont surprise ici : le côté psychologique comme Danièle et
76 aussi tous ces travaux de groupe, que j'aime bien. Même sans formateur, je me rends compte
77 que j'apprends des tas de choses. Un métier d'empathie, avec pas mal d'émotions, et ça, ça
78 m'inquiétait un peu vu que j'ai 17 ans, un métier compliqué.
79

80 M : j'étais aide-soignante avant. Et un moment je me suis sentie limitée, car à partir d'un
81 certain moment, je n'avais pas les compétences pour faire les choses. Je ne pouvais pas faire
82 certaines choses parce que c'est la loi. Et pas forcément que le côté technique des soins. J'étais
83 limitée parce que je n'avais pas les connaissances pour pouvoir leur apporter plus. Ce n'est pas
84 tellement le côté technique qui m'attirait, mais le relationnel et surtout avec les personnes
85 âgées.
86

87 CB : combien de concours avez-vous passé ? Y a-t-il d'autres IFSI qui vous attiraient aussi ?
88

89 E : il y en a où je n'aurais pas voulu aller : j'ai été prise à Bagatelle et j'ai refusé... trop
90 enfermante.
91

92 DA: j'ai passé les oraux à Bagatelle, et en sortant je me suis dit que je ne voulais pas y aller.
93 Je me suis dit que ça ne me conviendrait pas : qu'on ne pouvait rien dire, que c'était les scouts.
94 J'ai eu l'impression que si on rentre dans cette école et que l'on n'a pas la même façon de
95 penser, les mêmes opinions, ça n'allait pas du tout. J'étais très frustrée par cet oral : ce n'était
96 pas des rapports humains et des rapports de pouvoir. Et on m'avait dit que Bagatelle était une
97 école très réputée, le cadré est joli.
98

99 D : moi je ne voulais pas aller à Xavier Arnoz parce que c'est trop loin de chez moi.

Extraits E1 P1 G3 (23'40)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

P : 53 ans, mon père était militaire de carrière, ma mère a élevé ses quatre enfants et sur le tard elle a été agent d'assurances. Après un bac ES, j'avais commencé des études d'infirmières ici à Pellegrin en 1975. Un peu avant la fin de la première année, je suis partie à l'étranger avec mon ex-mari et j'ai pas mal voyagé, bourlingué. Après mon divorce, j'ai passé le diplôme d'aide-soignante et j'ai travaillé en tant que tel pendant ces temps dans SAD auprès de personnes âgées. J'ai un fils de 32 ans qui est agent immobilier.

A : 32 ans, je ne connais pas mes parents, j'ai été élevée par la DDASS. Mon parcours professionnel : bac ES, une année de fac de sociologie, un BTS d'assistante de direction, j'ai travaillé comme secrétaire ici à l'école, dans une association à Saint-Michel, garde d'enfant, et je suis partie travailler à Charles Perrens : deux ans comme secrétaire puis comme ASH dans une unité de soins.

AL : 22 ans, une scolarité un peu difficile, j'ai plus tendance à faire la fête qu'à réviser. J'ai loupé mon bac pour six points et je suis parti en Irlande pour travailler l'anglais (serveur dans un pub, agent de sécurité dans un cinéma) pendant sept mois. Et j'ai réussi mon bac en candidat libre. Mon père est plombier et ma mère est cadre supérieure dans une banque. Après mon bac, j'ai travaillé pendant deux ans dans un foyer d'accueil médicalisé (patients psychiatriques).

B : 28 ans, bac STI, études d'art appliqué ensuite, trois années à l'école des beaux-arts. Puis je me suis demandée ce que j'allais faire dans ma vie. J'ai fait différents stages à droite à gauche : j'ai passé le concours aide-soignant que j'ai eu, j'ai travaillé pendant un an dans une clinique et j'ai passé le concours infirmier.

CB : quelle image de l'infirmière aviez-vous avant de rentrer ?

B : une personne qui a des responsabilités, plus qu'une aide-soignante, les soins techniques et aussi le relationnel.

AL : le relationnel mais aussi avec beaucoup de soins, les soins à la personne comme les points de suture, les injections, les petits pansements ; et les rapports humains avec les personnes.

A : le métier, je l'ai vu quand j'étais ASH, l'infirmier psy c'est surtout du relationnel, de l'accompagnement au quotidien, tout l'aspect technique, c'est quelque chose que je ne connais pas du tout et qui pour être honnête m'attire pas vraiment. Ça fait partie de la panoplie de l'infirmière, mais c'est pas ce qui m'attire le plus. Surtout que je compte retourner à Charles Perrens travailler. C'est surtout l'approche avec le malade que je trouve intéressante, le côté humain, d'aide, de compréhension.

P : moi c'est le côté relationnel, plus les soins techniques et les responsabilités.

CB : y a-t-il des choses qui vous ont étonnés depuis que vous êtes là ?

P : la majorité de la promotion est très jeune, qui sortent de la scolarité, et c'est encore très scolaire.

A : je ressens aussi ça, ce n'est pas péjoratif mais je me pose des questions sur l'approche relationnelle ; j'ai un gros défaut c'est que je compare toujours avec la psychiatrie.

AL : on aborde beaucoup de choses, mais certaines sont survolées, et on ne s'arrête pas précisément sur la psychiatrie.

57 A : par exemple, ce matin, on a fait la fiche toilette mais sur un patient alité qui a un problème
58 somatique. On ne prend pas en compte la dimension psychique d'un patient psychiatrique qui
59 peut avoir des contre-indications à avoir sa toilette au lit. La peur qu'il peut avoir par rapport
60 à l'eau.
61
62 CB : mais vous allez y revenir plus tard ?
63
64 A : oui bien sûr.
65
66 B : moi, rien ne m'étonne jusqu'à présent. On reste quand même très scolaire même si on veut
67 se calquer sur un système universitaire. Ça fait bizarre, j'ai l'impression de me retrouver au
68 lycée.
69
70 CB : comment appréhendez-vous les stages ?
71
72 AL : la gériatrie ça m'emballe pas beaucoup, mais la pratique, et j'ai hâte d'y être.
73
74 B : je vais en chirurgie.
75
76 P : je vais aussi en gériatrie, c'est une population que je connais mais il va falloir que j'adapte
77 mon positionnement. Me positionner sur un autre niveau dans l'apprentissage, en tant que
78 stagiaire.
79
80 B : oui ça ce n'est pas évident, en tant qu'étudiant on n'est pas censé savoir faire les choses.
81 Peut-être que je ne vais rien dire. Ou il va falloir mettre les formes.
82
83 CB : auriez-vous préféré intégrer un autre IFSI ?
84
85 A : j'ai présenté Charles Perrens mais avec l'idée d'être reçue à Pellegrin ; parce que j'avais
86 travaillé comme ASH à Charles Perrens. Et puis aussi parce que Charles Perrens à une
87 tendance à formater les étudiants à la psy et j'avais quand même envie d'une approche un peu
88 plus générale. D'ailleurs je n'ai pas été prise à l'oral à Perrens. Et puis aussi j'avais envie de
89 couper avec cet hôpital.
90
91 P : Charles Perrens : j'ai été collée à l'écrit; et Bagatelle : j'ai eu juste la note qu'il fallait pour
92 ne pas être pris à l'oral. De toute façon, c'est ici que je voulais être.
93
94 AL : quatre concours. Je voulais partir de Paris. J'étais reçu à Charles Perrens et Pellegrin et
95 j'ai choisi l'école où il y avait le plus d'étudiants, j'avais entendu de bonnes choses sur les
96 deux.
97
98 B : un seul. Au hasard, j'ai pris Pellegrin. Je venais juste pour un entraînement. L'avantage
99 c'est que je n'étais pas stressée.
100
101 CB : quel projet professionnel avez-vous ?
102
103 A : la psychiatrie
104
105 P : le libéral
106
107 AL : bourlinguer dans plein de services
108
109 B : pareil qu'A.

Extraits E1 P1 G4 (43'39)

1
2
3 SA : 24 ans, bac ES, je ne savais pas vers où m'orienter : contact avec les gens, mais qui est
4 tourné vers l'extérieur ; j'y ai commencé des études de langues étrangères, j'ai une maîtrise «
5 management et négociation interculturelle ». Pour trouver du travail, c'est difficile car on est
6 en concurrence avec ceux qui sortent des écoles de commerce et qui sont choisis en priorité.
7 J'ai trouvé du travail comme assistante commerciale et j'étais licenciée un an après. Je me suis
8 remise en question. Quand j'étais au collège, je voulais faire de la psychologie. J'ai passé les
9 concours, et en même temps j'ai fait un stage de 15 jours en chirurgie : ça été la révélation.
10 Mon père travaille à l'AIA, ma mère sans profession.
11
12 S : 22 ans, bac SMS, j'ai hésité entre le social et le sanitaire. J'ai fait une prépa, mais je n'ai
13 pas eu les oraux des concours. J'ai fini par travailler comme ASH dans une maison de retraite.
14 Mon père est artisan peintre et ma mère employée de maison.
15
16 CB : quelle image de l'infirmière aviez-vous avant de rentrer ?
17
18 SA : quelqu'un d'avenant, de dynamique, de réfléchi. J'ai peut-être la vision de mon stage de
19 15 jours. Mais enfin quelqu'un qui allie le côté médical et le côté psychologique.
20
21 S : quelqu'un de très dévoué, de dynamique, toujours de bonne humeur est toujours prête à
22 aider les autres. J'ai toujours été attirée par ça.
23
24 SA : moi je ne la vois pas forcément tout le temps de bonne humeur.
25
26 CB : combien de concours avez-vous passés ?
27
28 SA : plusieurs
29
30 S : cette année j'ai oublié de me présenter à Charles Perrens ; je n'ai présenté que le CHU et
31 Bagatelle.
32
33 CB : auriez-vous aimé suivre votre formation dans un autre IFSI ?
34
35 S : à Charles Perrens. Et c'est celui que j'ai oublié. Ils sont plus axés sur l'aspect
36 psychologique. Mais je suis très contente d'être ici. Et Bagatelle, je me dis que c'est très
37 exigeant, c'est très petit. Je me sentirais oppressée, comme si on me dictait des valeurs, on me
38 les imposait. Alors qu'ici on nous laisse nous exprimer.
39
40 SA : moi je voulais le CHU et Pellegrin. Parce que je me dis qu'en me rapprochant du CHU,
41 je pourrais plus faire valoir les langues que j'ai apprises, mon expérience. Pas la Croix-Rouge
42 parce que je ne me vois pas dans l'humanitaire.
43
44 S : l'humanitaire, c'est quelque chose que j'admire et que j'aimerais vivre ; mais en même
45 temps je suis très famille, et je ne pourrais pas partir comme ça. C'est pour ça que je me suis
46 focalisée sur les concours de Bordeaux, je n'aurais pas pu partir.
47
48 SA : je n'ai présenté que Bordeaux car, au début, ma mère n'était pas du tout d'accord avec
49 mon projet ; et je me disais que je ne pouvais pas lui demander de payer un logement.
50
51 S : moi mes parents ils sont fiers : ce sont des artisans, des ouvriers, des travailleurs immigrés.
52 Ils sont très fiers de dire que je suis en école d'infirmières, même s'ils sont réticents par
53 rapport aux horaires.
54
55 CB : y a-t-il des choses qui vous ont surpris depuis la rentrée ?
56
57 SA : j'ai trouvé que la première semaine et demi était très longue à démarrer. Pour l'instant, on
58 aborde des généralités. J'apprécie les TP. On nous inonde de connaissances et ça, ça me fait

59 un peu peur, car j'ai du mal à tout imprimer. Et tout le monde est pareil, ça me rassure un peu.
60 C'est impressionnant les connaissances : ça fait huit ans que je n'ai pas touché à la chimie, la
61 biochimie. Le code de la santé, ça me parle plus que les atomes. En psychologie, il y a des
62 choses qui me paraissent évidentes et d'autres dont je ne vois pas trop encore la pertinence. Je
63 la verrai peut-être un jour. Ce qui me déstabilise avec la psychiatrie, c'est que c'est tantôt très
64 concret et à d'autres moments, excessivement théorique et nébuleux.
65

66 S : j'adore les cours. Ce que je trouve dommage, ce qui me déstabilise, c'est de ne pas avoir de
67 correction sur un exercice que l'on fait, par exemple dans les travaux du groupe. Ce sont plus
68 des ouvertures que les formateurs vont nous présenter, que des réponses. Et moi ça me gêne
69 un peu. Je sais que c'est ça qui est recherché, mais j'ai toujours peur d'être en décalage.
70

71 SA : je trouve que ces travaux nous apprennent à prendre la parole dans un groupe, de plus en
72 plus important. Je le sens davantage comme ça. Et puis, ces travaux préparent notre esprit à
73 entendre le cours magistral qui va suivre.
74

75 S : ça me va, mais en même temps, ça me fait un peu peur : comme dans les partiels, que ce
76 que je sais soit incomplet, de me contenter de ce qu'on m'apporte ici et, parce qu'on ne me le
77 dit pas, de ne pas chercher ailleurs.
78

79 SA : il ne faut pas paniquer, on est tous sur le même bateau. On a les mêmes conversations,
80 on a les mêmes groupes... C'est comme quand dans le portfolio, on nous demande de nos
81 points forts après un mois d'école. C'est difficile de répondre à ça.
82

83 CB : comment appréhendez-vous stage ?
84

85 SA : on a beaucoup de travaux à faire en stage, et ça reste flou pour moi. Il y a beaucoup de
86 choses à intégrer, par rapport aux compétences.
87

88 S : j'espère que je serai à la hauteur pendant le stage, j'ai la pression.
89

90 SA : tu as un regard plus avisé sur les situations.
91

92 S : je suis rentrée la dernière de la promotion, la dernière du classement. C'est un peu
93 dévalorisant. Je suis impressionnée par le CV de certains, et déjà que je n'ai pas trop confiance
94 en moi. Je m'aperçois que je suis pratiquement la seule à avoir fait un BEP et un bac SMS.
95 Mais j'ai remarqué en BEP, que ceux qui sont très forts en théorie n'ont pas ce tact en TP.
96

97 SA : il ne faut pas se diminuer par rapport à une note, ou à un classement.
98

99 *Discussion sur la mobilité sociale, sur le fait que les parents veulent que leurs enfants aient*
100 *une meilleure situation qu'eux, que pour S., vu son milieu d'origine, faire des études n'était*
101 *pas une évidence.*

Extraits E2 P1 G1 (27'44)

- 1
2
3 A : depuis la rentrée, il s'est passé beaucoup de choses. En stage parfois, on survole les
4 compétences. Ça dépend des stages, ce qu'on est prêt à nous laisser faire aussi. Enfin à notre
5 niveau, il y a des compétences qu'on a juste commencé à acquérir.
6
7 P : il y a beaucoup de choses qui se recoupent, qui se complètent au niveau des compétences.
8
9 CB : et votre vision de l'infirmière a-t-elle un peu changé après ces stages ?
10
11 B : non, j'ai la même.
12
13 P : par rapport à l'encadrement, au CHU, il y a beaucoup de stagiaires qui pensent que
14 l'infirmière doit être disponible avec les étudiants et dans sa tête vouloir transmettre : et ça, ça
15 m'a interpellée. Je ne l'appréhendais pas forcément avant de rentrer dans la formation. J'ai
16 rencontré des infirmières qui étaient agacées par la succession des stagiaires, elles n'avaient
17 pas assez de temps pour faire leur travail normal et il y avait cet encadrement qui se rajoutait.
18
19 A : il y a la théorie et la pratique. Ici, on nous parle du travail avec les aides-soignantes, la
20 collaboration ; et puis il y a la façon dont on s'adapte dans notre fonction. Selon les lieux, il y
21 a un décalage entre ce qu'on nous dit et l'application de l'apprentissage. S'ils veulent encadrer,
22 ils peuvent.
23
24 CB : donc rien ne vous a étonné.
25
26 P : il y a une grosse partie de sciences humaines dans la formation qui nous brosse une vision
27 un peu idyllique de la prise en charge, et donc il y a un décalage certain avec la réalité. Est-ce
28 que c'est dû à la formation ? Est-ce que c'est dû au fait que les infirmières au bout d'un certain
29 nombre d'années de pratique sont usées ? Je ne sais pas. Ce qui est de la relation, de
30 l'appréhension des problèmes psychologiques, l'histoire de la personne.
31
32 A : c'est beau mais dans la réalité je n'ai pas constaté la dimension humaine. C'est très beau.
33
34 CB : vous le trouvez gênant cet écart ?
35
36 P : c'est très bien pour notre formation mais on risque de se trouver en porte-à-faux si on
37 travaille avec des gens qui n'ont pas du tout la même position. Et on risque de se sentir mal à
38 l'aise.
39
40 A : moi je ne me sens pas en décalage avec les valeurs qui nous sont enseignées ici, les
41 valeurs humaines. Quand je serai diplômée, est-ce qu'on me laissera prendre le temps avec les
42 malades ? Ce n'est pas gagné. Par exemple je sais que je n'irai pas travailler en EHPAD.
43
44 B : j'ai fait un stage de 10 semaines en EHPAD, j'aurais pu faire ce que je voulais si j'avais
45 voulu, on m'a laissé toute seule. J'étais aide-soignante, alors ça a été, mais quelqu'un qui n'a
46 jamais fait de toilette de sa vie, il aurait été largué. On leur demandait de venir nous voir, mais
47 ils n'avaient pas le temps. Je m'occupais de trois personnes, je pouvais donc prendre le temps.
48 Et je me demandais comment ils faisaient pour s'occuper correctement des personnes, elles
49 allaient à la va-vite, travailler en EHPAD pour moi, c'est réduire la personne à un objet : on la
50 lave, on l'essuie, on la lève... Pour moi, ça arrive à la maltraitance.
51
52 A : l'excuse du « pas le temps », du manque d'effectifs, ça suffit. Les valeurs, on les a ou on
53 ne les a pas.
54
55 P : ça génère des tensions à la fin. J'avais choisi de travailler à domicile pour éviter ça.
56
57 B : moi je travaillais en clinique, parce que justement je ne voulais pas travailler en EHPAD
58 pour cette raison.

59 CB : en gériatrie comme en psychiatrie, c'est parfois usant psychiquement de travailler avec
60 par exemple des personnes âgées qui sont hors de la réalité, qui crient...
61
62 A : usant, usant. La plupart du temps ce sont des infirmières qui sont jeunes.
63
64 CB : en deux mots, qu'est-ce que vous a apporté cette année ?
65
66 B : les connaissances théoriques.
67
68 P : les bases du métier
69
70 A : (*silence*)... Oui, les apports théoriques.
71
72 CB : avez-vous dit que vous étiez aide-soignante ?
73
74 B : je ne l'ai pas dit mais elles l'ont vite repéré.
75
76 P : au premier stage, je l'ai dit et j'ai pu suivre les infirmières les quatre dernières semaines de
77 stage. Au deuxième stage, j'étais en chirurgie et les filles ont nié que j'avais la même
78 formation qu'elles, elles m'ont jugé en tant qu'aide-soignante, ça été très difficile pour moi.

Extraits E2 P1 G2 (45'02)

1
2
3 DA : l'année a passé très vite. On a appris des choses.
4
5 S : on est fatigué, et nerveusement ça se ressent. La semaine dernière, dans les TD on était
6 très nerveux, il y a des heurts dans les groupes. Si on ne fait pas attention, ça peut monter
7 rapidement.
8
9 M : c'est aussi qu'ils ont changé la composition des groupes. Il existait une certaine
10 dynamique de groupe, et on est obligé d'en recréer une dynamique. Plus les évaluations qui
11 arrivent, donc on est moins disponibles. Et on s'était habitués à travailler ensemble.
12
13 S : moins tolérants, moins réceptifs.
14
15 D : moi je ne suis pas trop critique sur la composition des groupes, mais plutôt sur ce qu'ils
16 nous demandent à faire en groupe. Un travail de groupe à 24, ce n'est pas adapté.
17
18 DA : mais dans le groupe d'avant, chacun avait sa place, on avait réfléchi à la manière de
19 travailler. Il n'y a pas que le travail à faire. Et on se retrouve avec des gens qu'on ne connaît
20 pas forcément, qui ne travaillent pas comme nous.
21
22 M : et puis, on a moins envie de faire d'efforts pour reconstruire un groupe.
23
24 MA : un petit peu fatigué ; et les nouveaux groupes seraient ceux qu'on aurait l'année
25 prochaine.
26
27 S : on parle beaucoup des formateurs en ce moment, parce qu'on n'est pas bien, on est
28 fatigués, et il y a beaucoup de rumeurs. Notamment sur les évaluations.
29
30 DA : on nous demande d'être très précis sur les actions que l'on met en œuvre dans les
31 situations étudiées, et eux ne donnent pas de précisions sur la composition des groupes pour
32 l'évaluation de demain. Ou sur ce qu'on va faire les prochaines. On est dans le flou,
33 l'incertitude.
34
35 MA : et puis un petit peu de manque de confiance concernant l'organisation.
36
37 DA : oui c'est l'organisation qui vacille un peu ; on nous demande d'être rigoureux, d'être très
38 clairs; et en face, tout ça, ça nous est pas renvoyé,
39
40 D : sur le contenu des cours, sur la douleur, on a eu trois fois la même chose. Et sur le
41 handicap c'était pareil.
42
43 *Discussion sur la mauvaise organisation des cours, la répétition de certains cours, la*
44 *qualification CM/TD*
45
46 MA : il est aussi les dates d'évaluations qui ont bougé ; avant et c'était prévu en septembre et
47 maintenant c'est juillet. On ne peut rien planifier
48
49 S : oui mais on a dû pour s'aligner sur la fac. On est un peu les joujoux, on teste sur nous.
50
51 MA : pour ceux qui voulaient travailler cet été et qui ont des rattrapages, ce n'est pas possible.
52
53 S : moi, je suis un peu déçue par le second semestre. Tout ça c'est une baisse de motivation,
54 tous ces cours qui se répètent. J'ai l'impression qu'on tourne en rond, je n'ai pas l'impression
55 d'apprendre beaucoup de choses.
56
57 DA : la semaine prochaine, le trimestre est fini. Et on ne sait toujours pas où on va en stage en
58 septembre.
59

60 CB : et les stages passés ?
61

62 L : je n'ai pas trouvé les stages trop longs. Même le stage de 10 semaines, j'ai appris des
63 choses tout au long de stage. Et ça facilite l'intégration dans l'équipe. Par contre,
64 l'inconvénient, c'est qu'on nous laisse de l'autonomie et qu'on est moins encadrée.
65

66 DA : on est vite quelqu'un d'utile. On peut leur faire gagner du temps. Par exemple, tu sais
67 préparer des perfusions, tu prépares toutes les perfusions. Et j'ai raté l'évaluation ici.
68

69 M : moi ce n'était pas trop long. J'ai passé un très bon stage : j'étais en cancérologie-soins
70 palliatifs, c'était très dur moralement et physiquement, mais j'ai appris un tas de choses.
71 J'aimerais y revenir en tant que future professionnelle. J'ai adoré.
72

73 *Discussion sur les difficultés rencontrées par certains et qui n'ont pas été changés de stage.*
74

75 CB : pensez-vous avoir acquis certaines compétences, et lesquelles ?
76

77 L : je suis super contente de ma formation. C'est très dur, j'ai beaucoup pleuré, j'ai fait une
78 thérapie sur moi-même au cours de cette première année, mais je suis super contente. Côté
79 soins, je suis plus mesurée.
80

81 S : dans le stage de 10 semaines, au bout d'un moment, l'apprentissage s'est essoufflé : on me
82 disait que comme j'étais en première année, je ne pouvais pas faire tel ou tel soin.
83

84 M, D, MA : moi je n'ai pas eu du tout ça. J'ai appris plein de choses : injection sur une CIP,
85 poser une transfusion. Des pansements complexes.
86

87 MA : et c'est en posant de petites questions que l'on fait réfléchir les soignants sur ce qu'ils
88 font, et à s'ouvrir un peu aux étudiants.
89

90 S : moi le bilan est mitigé, il y a cette barrière de la première année dans la tête de certains
91 soignants.
92

93 CB : vous avez rencontré des étudiants d'autres IFSI, avez-vous échangé sur ces difficultés ?
94

95 DA : j'étais avec une étudiante de la Croix-Rouge qui faisait la démarche de soins comme
96 avant. Moi j'étais à fond dans le modèle tri focal. C'est fastidieux.
97

98 *Discussions sur ce qui est demandé en analyse de situation et projets de soins.*
99

100 MA : on nous demandait trop sur les mécanismes physiopathologiques, l'épidémiologie ; on
101 oublie vite qu'il y a quelqu'un au bout.
102

103 D : sur ma première démarche, ma copine m'a fait une critique : ta démarche, elle s'appelle
104 mon thorax spontané.
105

106 MA : on fait un recueil de données sur la maladie, mais les personnes ne réagissent pas toutes
107 de la même manière.
108

109 M : la question, c'est de quoi a-t-on besoin, nous, pour notre culture professionnelle. C'est
110 comme à l'école, on apprend des tas de choses, mais on n'a pas besoin de tout. À quoi vont
111 nous servir toutes les statistiques qu'on est en train d'apprendre ?
112

113 *Discussion sur cette génération pionnière et l'objectif de la recherche infirmière, Les
114 connaissances sont très poussées en biologie fondamentale.*
115

116 Tous : On fait des stratégies de tri dans les connaissances tellement il y en a
117

118 S : et dans les services, ils pensent qu'on va être moins compétents qu'eux parce qu'on a deux
119 mois de vacances d'été.

120

121 SA : pourtant, on n'a pas l'impression de se tourner les pouces.

Extraits E2 P1 G3 (28'14)

- 1
2
3 A : on est dans les révisions, le rythme est bien soutenu, les journées sont remplies.
4
5 S : moi c'est le second semestre qui m'a pas tellement plu, je n'ai pas trop accroché, ils nous
6 ont changé de groupe, ça fonctionne pas toujours. J'aimais beaucoup mon groupe avant.
7
8 A : on a eu parfois les mêmes cours avec des visions différentes.
9
10 S : alors ça ! Ça m'a beaucoup perturbé : par exemple, la physiopathologie avec des visions
11 différentes.
12
13 A : moi j'étais perdu avec les diagnostics infirmiers et tous les plans de soins.
14
15 S : ça devient un peu plus complexe.
16
17 *Discussion sur les partiels et les rattrapages du premier semestre.*
18
19 A : j'ai trouvé le premier semestre beaucoup moins fatiguant que le deuxième. J'ai
20 l'impression qu'il y a moins de TP ce semestre.
21
22 CB : et les stages? qu'en avez-vous retiré?
23
24 A : j'ai fait médecine gériatrique et ensuite un EHPAD.
25
26 S : en premier un EHPAD et le deuxième en neurochirurgie.
27
28 A : j'ai beaucoup appris sur la communication avec les personnes âgées, les soins techniques
29 et surtout dans le dernier stage sur la pharmacologie. Et donc mieux comprendre le
30 fonctionnement des pathologies. Parce qu'on ne connaît pas du tout les pathologies. On est
31 obligé de faire une recherche personnelle. Moi je suis plutôt content.
32
33 S : ici on est très exigeant, il faut penser à beaucoup de choses ; et après dans les services, on
34 trouve nos marques petit à petit. En stage, ce qu'on apprend devient évident. J'ai fait des soins
35 techniques dans le second stage : injections.
36
37 CB : et les malades ?
38
39 S : la neurochirurgie, c'est dément : ça touche à plein de domaines, la parole, le domaine
40 cognitif, il faut tout évaluer.
41
42 CB : vous avez rencontré des étudiants d'autres écoles en stage ?
43
44 A : surtout de Pellegrin, deuxième et troisième année. Et de Charles Perrens. Je n'ai pas vu de
45 différence notable mais c'est vrai que c'est l'ancien programme. En tout cas, ils m'ont aidée à
46 me positionner dans le stage. Ils m'arrêtaient quand je m'installais dans la routine.
47
48 S : pendant le stage de 10 semaines, c'est difficile de se positionner, de ne pas s'installer dans
49 une certaine routine, dans une certaine complicité avec les soignants. Et aussi, la manière dont
50 les infirmières travaillent avec les aides-soignantes a beaucoup d'impact sur nous. Quand elles
51 travaillent en binôme, il n'y a aucun souci relationnel.
52
53 A : les aides-soignantes cherchent souvent à nous envoyer faire des toilettes quand on est avec
54 l'infirmière. On est un peu coincé entre les deux.
55
56 CB : voyez-vous l'infirmière différemment maintenant ?
57
58 S : je pensais que les aides-soignantes avaient beaucoup plus de travail que les infirmières.
59 Mais ça dépend des services : en gériatrie, on voit surtout les aides-soignantes faire des
60 toilettes, parce qu'il y a moins d'infirmières et elles font les soins infirmiers. En

61 neurochirurgie, je trouvais que les infirmières étaient très sollicitées : les médicaments, et
62 elles faisaient autant de toilettes que les aides-soignantes. C'est énorme ce qu'elles faisaient.
63

64 A : ce qui m'a étonné, moi, c'est que je n'avais jamais vu d'infirmières faire une toilette. Ça été
65 le choc ! Après, ce sont les aides-soignantes qui avaient beaucoup plus de responsabilités : qui
66 participaient aux transmissions, qui prenaient des initiatives pour améliorer le sort des
67 personnes. L'infirmière était cantonnée à l'administratif, et à l'organisation. Ça ne me plaît pas
68 forcément.
69

70 S : moi, j'étais déboussolée par toute cette paperasse, le téléphone. Il faut être à l'aise, il faut
71 toujours montrer que l'on est sûr de soi. Elles ne bégayaient pas. Pour l'instant on n'en est pas là
72 : savoir ce qu'on a le droit de dire et comment le dire.
73

74 CB : et par rapport au nouveau programme, avez-vous eu des remarques ?
75

76 S : il faut leur expliquer notre programme, elles le critiquent pas mal, elles trouvent que les
77 MSP, c'était bien. À la fin, elles me laissaient prendre quand même des initiatives, faire des
78 bilans sanguins par exemple.
79

80 A : moi les infirmières étaient au courant, ça a été facile de leur expliquer qu'il fallait que je
81 touche-à-tout. Ils se demandent quels infirmiers on va devenir. Il y a quelques problèmes
82 d'organisation, de mise en place du programme.
83

84 S : j'ai été assez déçue par les cours en général. Ce que j'ai préféré, tout dernièrement, c'est un
85 témoignage : par exemple sur le handicap. Ça nous touche beaucoup plus, d'entendre un
86 témoignage, de toucher une prothèse, que d'écouter un intervenant nous faire un cours sur ça.
87

88 A : pendant les cours, on entendait parler du handicap comme quelque chose de triste, on ne
89 voyait pas les gens se reconstruire après, vivre avec, et on a vu quelqu'un qui vivait très bien
90 avec un handicap de naissance. C'était une très bonne idée.
91

92 S : et puis faut toujours montrer notre volonté, notre bonne volonté, en tant que stagiaire. En
93 quelque sorte il faut surjouer. Et ça c'est fatigant.
94

95 A : ah oui, il faut qu'on nous voit toujours en train de rechercher des infos, prendre des
96 initiatives...

Extraits E2 P1 G4 (46'19)

- 1
2
3 A : on ne voit pas le temps passer, ça passe très, très vite.
4
5 K : et en plus on est très, très fatigué. Je ne m'attendais pas à ce que ce soit aussi dur. Le
6 métier d'infirmières est un métier réputé où on se donne, la formation c'est pareil. Je suppose
7 que c'était pareil avec l'ancien programme. Et puis il faut qu'on s'organise tout seul, il y a
8 beaucoup de travaux de groupe. On doit nous même se trouver des temps, s'accorder entre
9 nous, ce n'est pas imposé.
10
11 A : se trouver du temps parce qu'on a besoin de temps supplémentaire, le temps qu'on nous
12 donne c'est trop court, et on est peut-être un peu perfectionniste.
13
14 K : par exemple, on avait à travailler sur un projet de soins et on est resté le mercredi soir
15 jusqu'à 19h30 pour le terminer, en sachant que le soir on ne travaillerait pas pour la révision
16 des partiels.
17
18 CB : et les stages ?
19
20 A : super. Je n'ai pas appris beaucoup de choses techniques, et on m'a laissé beaucoup
21 d'autonomie.
22
23 K : pour moi c'était un peu le test, voir si le métier allait vraiment me plaire. Dans le
24 deuxième stage j'ai beaucoup appris de soins techniques.
25
26 A : c'est le signe, les stages. Mais même dans les stages, on a beaucoup de travail à faire. Et
27 par rapport aux autres écoles, j'ai l'impression qu'on en a plus, par exemple avec Charles
28 Perrens. Eux, ils n'avaient qu'un recueil de données à fournir et nous, on avait trois démarches
29 cliniques, les deux situations de soins et la présentation de la structure.
30
31 K : et en plus on a des fiches techniques à faire sur les médicaments par exemple.
32
33 A : je me trouvais beaucoup plus à l'aise que lui dans l'approche des patients. Mais peut-être
34 que ça tient à nos personnes.
35
36 K : tout ce travail, on sait qu'il va servir plus tard, et que ça exige une certaine rigueur. Moi
37 j'ai vu des deuxièmes et troisièmes années qui stressaient avant les MSP.
38
39 A : l'étudiant de Charles Perrens me disait que la formation était très axée psy ; côté
40 évaluation, chez eux, il n'y a que 20 personnes au rattrapage, nous 110. Ils valident les UE
41 après UE, nous on n'en a jusqu'à 5 par jour.
42
43 K : côté organisation, il y a des choses pas très logiques : on a les évaluations la fin de la
44 semaine, et demain on vient pour 2h de TP sur les perfusions, alors qu'on part pour deux mois
45 de vacances. Ce sont des choix d'organisation pas pertinents. Et puis le changement des
46 groupes a été très dur à accepter :
47
48 A : il faut se réorganiser, il y a toujours une tête forte, un qui est plus compétent dans les
49 recherches, il faut repérer tout le monde.
50
51 K : au premier semestre, le groupe n'a pas fonctionné bien tout de suite ; mais on a réfléchi au
52 fonctionnement, on se faisait des petites évaluations après chaque TD pour améliorer le
53 fonctionnement. Chacun avait sa place dans le groupe.
54
55 A : tous les travaux qu'on avait à faire en stage, la plupart d'entre nous n'avait pas eu le temps
56 de les finir pour le rendez-vous de suivi pédagogique. Revenu à l'école, il fallait finir ces
57 travaux là et suivre les cours, les apprendre, préparer les évaluations. Et le stage est fatigant :
58 on apprend, donc on est très attentif à tout. Par exemple, en EHPAD, il y a souvent des décès,

59 ça nous touche, ça nous bouleverse. Et c'est cette charge émotionnelle qui rend le travail plus
60 fatigant.
61

62 K : c'est une performance de tous les jours, on est entouré de gens qui nous évaluent ; en
63 stage, je ne me donne pas le droit à l'erreur : je ne suis pas l'école, je m'occupe de patients. Il y
64 avait sept lits de soins palliatifs, tous les jours c'est lourd de vivre des décès. Ça fait partie de
65 l'apprentissage. Moi, au bout de 10 semaines j'avais envie de rester dans le service. On
66 connaît mieux les patients, on peut se permettre de donner notre avis.
67

68 CB : est-ce que l'image de l'infirmière a changé pour vous ?
69

70 A : alors là, il y a un truc qui m'a étonné, ce sont tous les papiers à faire. Tout le côté
71 secrétariat, moi qui n'arrive pas à gérer pour moi déjà.
72

73 K : pareil pour les papiers. Surtout dans le 2^{ème} stage de 10 semaines où je voulais plus
74 comprendre l'organisation. Et ça prend du temps ! Et faire comprendre que, ce n'est pas parce
75 qu'on n'est pas dans la chambre avec le patient, qu'on ne fait rien !
76

77 A : et savoir gérer une équipe. En EHPAD, il y a une infirmière coordinatrice, donc c'est elle
78 qui fait tous les papiers, et elle doit savoir gérer les conflits dans l'équipe. Les A.S. avec les
79 infirmières intérimaires. Je me demande si on va apprendre ça dans la formation.
80

81 K : quand on est dans une équipe de soignants, on est impliqué tous pour prendre en charge le
82 patient. Alors que quand on travaille en groupe ici, tout le monde est impliqué au même
83 niveau. Même à l'hôpital, tout le monde n'est pas fait pour s'entendre. Par contre en service, je
84 crois qu'on se remet en question plus facilement. Alors qu'ici peut-être parce qu'on est jeune,
85 ce n'est pas le cas. Parfois je trouve ça aberrant.
86

87 CB : et vous, avez-vous changé depuis le début de l'année ?
88

89 K : ma personnalité non. Par contre, je n'ai pas la même approche de certaines maladies,
90 comme la dépression. Quand on va en parler chez moi, je ne dirai pas la même chose, je la
91 comprends mieux car j'ai plus de connaissances. Après, changer... Moi j'ai grandi : je suis
92 partie de chez mes parents. L'année dernière j'étais au lycée ; j'ai été obligée de grandir.
93

94 A : moi, j'ai changé, je me sens plus attentive à l'autre : par exemple, je travaille le week-end
95 dans un restaurant, et avec les clients, je fais plus attention aux signes dans les groupes ; avant
96 c'était intuitif, tandis que maintenant je fais des liens, je comprends mieux. Ça prend du sens.
97 Et même dans des conflits avec des proches, je prends plus facilement du recul, avec la
98 maturité que j'ai eue avec les cours.
99

100 K : moi aussi, même si ce n'est pas facile de se poser ces questions-là sur nous-mêmes par
101 rapport à nos façons de voir les choses. Ce qu'on apprend, c'est pour le métier, ce sont des
102 capacités humaines à avoir dont on ne se sert pas uniquement à l'hôpital, mais aussi dans la
103 vie de tous les jours.
104

105 A : notre formation nous influence beaucoup : c'est cette image de Pellegrin qui nous forme
106 sur l'attention, sur la relation,
107

108 K : ici, on le fait, je n'ai pas le recul pour dire qu'ailleurs on le fait moins. Ici je le vois bien,
109 que c'est beaucoup axé sur le patient, que le patient est le centre du soin ; mais je ne peux pas
110 dire si c'est propre à Pellegrin, je ne sais pas.
111

112 A : je ne sais pas moi non plus. Mais j'ai l'impression que chaque école a sa marque de
113 fabrique.
114

115 K : c'est vrai, par exemple Charles Perrens est très axé sur la psychiatrie
116

117 CB : et les autres IFSI ?

118

119 A : j'avais entendu dire dans mon premier stage que Bagatelle était très axé sur la dimension
120 bio psychosociale ; l'infirmière de troisième année qui passait son DE m'a dit : lui, ça se voit
121 qu'il vient de Bagatelle parce qu'il posait beaucoup de questions sur certains points et elle
122 avait expliqué que son école était plus centrée sur ça. Nous, on est très axées sur la relation
123 mais pas sur le modèle bio psychosocial, on en a parlé, ça se rejoint mais ce n'est pas la même
124 chose.

125

126 K : même si j'ai des rattrapages, mais c'était attendu sur les grandes fonctions, je n'avais pas
127 spécialement travaillé cet UE. J'avais surtout révisé la pharmacologie et la traumatologie. J'ai
128 aussi l'UE hygiène infectiologie, et là je m'en veux : j'avais travaillé la situation le dimanche
129 pour la rendre le lundi pas satisfaite du tout. Alors que dans le reste j'ai eu de bonnes notes. Je
130 me demande à quoi ça sert d'avoir 17 par exemple dans l'UE législation, mais ça ne sert à rien,
131 j'aurais eu 11 jours et j'aurais validé et j'aurais pu réviser le reste. Après, c'est au niveau de la
132 pratique que ça va se ressentir. Mon objectif c'était quand même de cartonner dans toutes les
133 UE. Mais je ne me suis pas bien organisée.

134

135 CB : Que pensez-vous de ce nouveau référentiel ?

136

137 A : qu'il est trop condensé, trop dense.

138

139 K : oui je pense, et en plus, on a les partiels et de nouveaux cours en même temps, il faut
140 qu'on s'investisse dans ces nouveaux cours, ce ne sont pas des petits travaux faciles, c'est à
141 chaque fois un investissement qui demande du temps. Il y a 23 % d'élèves qui ont tout réussi.

142

143 A : alors qu'à Charles Perrens, pour le cycle de la vie, ils ne sont que 20 au rattrapage.

144

145 CB : 20 sur 90

146

147 A : ah ! Ils sont moins que nous ? En pourcentage, ça fait quand même moins que nous. La
148 directrice est venue nous voir en assemblée pour nous féliciter des résultats, pour nous dire
149 que, comme dans toutes les autres écoles, il y avait 40 % de réussite. Alors que nous avons
150 bien vu qu'il y en avait bien moins que ça.

151

152 K : alors que le calcul est vite fait.

153

154 A : et là, on a l'impression d'être pris pour des idiots. Si on a les mêmes résultats pour les DE,
155 elle sera moins contente.

156

157 K : c'est une approche un peu spéciale. On aurait préféré qu'on nous dise : il n'y a que 23 %
158 qui ont tout réussi, on va vous aider à reprendre certains cours, certains points des cours. Il y a
159 certaines questions des grandes fonctions que même en révisant je n'aurais pas pu répondre.
160 Ils nous ont rendu toutes nos copies, sans aucune annotation. Et il n'y a eu aucune correction ;
161 par contre, il y a eu des séances de révision avant les rattrapages. Ils nous ont demandé
162 quelles questions on avait par rapport à nos révisions, alors que la plupart nous n'avions pas
163 commencé de révision.

164

165 A : côté organisation, il y a des choses effectivement qui ne sont pas réfléchies : le TP
166 injection, c'est bête de l'avoir placé là, pendant les révisions.

167

168 K : non, c'est par rapport au TP calcul de dose : les étudiants qui ont fait un stage en EHPAD
169 puis en psychiatrie sont désavantagés car ils n'ont pas manipulé beaucoup d'injections. Moi
170 j'avais 10 semaines à préparer des injections. Il n'y avait même pas eu de cours avant. Nous
171 faire réfléchir sur la logique du soin, c'est déstabilisant, surtout quand il y a une note à la fin.

172

173 A : moi j'ai tremblé au moment de mettre l'aiguille sur la seringue, c'était d'être observée.
174 Mais franchement, c'est rien à côté des MSP qu'ils avaient avant. Moi je n'aurais pas aimé
175 qu'ils me donnent une trame, une fiche technique, pendant un cours.
176
177 *Évocation des dates de rattrapage de l'IFSI de Dax première année.*
178
179 A, K : ah la, la ! Ça c'est dur !
180
181 A : nous pour les rattrapages du deuxième semestre, on a environ un mois. Elles, elles n'ont
182 que le week-end. On n'est pas si mal en fin de compte.
183
184 K : le mieux c'est de ne pas être au rattrapage.

Annexe 5 Entretiens des étudiants de 3^{ème} année

Extraits E1 CRF3 G1 (30'03)

- 1
2
3 E : 32 ans, mon père est chef d'entreprise et ma mère l'aide dans la société, j'ai commencé un
4 parcours de diététicienne il y a une dizaine d'années, je me suis réorientée après un
5 licenciement économique, j'ai repassé les concours infirmiers que j'avais déjà passés il y a 10
6 ans avant de m'orienter vers un BTS diététique.
7
- 8 I : 38 ans, mon père est retraité artisan, ma mère est fonctionnaire cadre. J'étais aide-soignante
9 pendant 15 ans. Et puis écoutez, le fait est qu'au-dessus d'aide-soignant il y a infirmière, et
10 que ça faisait un petit moment que je voulais faire cette formation pour compléter mes
11 connaissances et mes compétences, et je me suis lancée dans le concours, je l'ai eu. Voilà.
12
- 13 M : 23 ans, ma mère est retraitée comptable et mon père est décédé ; il était ingénieur dans la
14 pétrochimie. Je suis sorti du bac scientifique et j'ai fait six mois de médecine puis j'ai tenté les
15 concours infirmiers. Et j'ai eu celui-là.
16
- 17 CB : qu'est-ce qui vous a étonné dans la formation ? Est-ce que vous imaginiez l'infirmière
18 ainsi ?
19
- 20 E : moi je m'attendais à ça parce que j'ai de la famille dans ce milieu, des infirmières. Après
21 c'est la densité des études qui est difficile. C'est dur de reprendre des études après des années
22 d'activité.,
23
- 24 I : c'est comme E., je connaissais le milieu, le contenu. On m'avait prévenue. Mais la densité
25 est énorme, des connaissances théoriques importantes.
26
- 27 M : je suis d'accord sur la densité des études. Moi qui ai fait ces études en sortant du bac, sans
28 interruption de travail, je trouve dense. Et très stressant : il y a des moments où on a un peu de
29 répit, ça s'enchaîne, ça s'enchaîne, ça s'enchaîne vite.
30
- 31 CB : quelle place ont les stages dans votre formation ?
32
- 33 I : une bouffée d'oxygène. Pour tout. Pour la réflexion. Plus de scolaire mais plus de pratique
34 et on arrive à mieux intégrer les choses.
35
- 36 E : c'est là qu'on voit la cohérence entre ce que l'on apprend et ce que l'on nous demande. On
37 arrive à trier les choses les plus importantes à retenir. En cours on va beaucoup dans le détail ;
38 dans la pratique on s'aperçoit qu'on n'a pas le temps d'aller dans ces détails-là. On y vient
39 quand on fait nos démarches après. Mais dans le travail, on a besoin de savoir telle et telle
40 chose, d'aller rapidement aux faits. Ça nous permet de faire les liens.
41
- 42 M : les stages, ça nous permet de faire les liens, comme a dit E. Même si on voit des modules
43 après les stages, ils sont beaucoup plus simples à intégrer. Parfois, pendant les cours, on se
44 demande comment on fait ces trucs-là, alors qu'en pratique c'est beaucoup plus simple.
45
- 46 CB : que diriez-vous de vos compétences aujourd'hui ?
47
- 48 I : ça dépend du projet que l'on a, c'est individuel. C'est à chacun de voir où il en est.
49
- 50 E : ça dépend des expériences personnelles, moi je suis quelqu'un qui n'a pas beaucoup
51 confiance en soi. Et puis arrivé en stage, on arrive à être autonome et la confiance vient. C'est
52 pas toujours évident de se sentir professionnel.
53
- 54 I : à l'école, on a une pseudo indépendance : faire des exposés, seul ou en groupe. Mais on n'a
55 pas réellement d'indépendance. L'indépendance c'est dans le stage qu'on l'a, parce qu'on a la
56 confiance des professionnelles, parce qu'on la gagne. C'est sur le terrain qu'on sent bien qu'on
57 devient infirmière. On le dit bien c'est une formation en alternance, et tant mieux. Je ne sais
58 pas comment vont faire les nouveaux, avec le nouveau programme. Franchement, s'il y avait

59 plus de pratique et beaucoup moins de théories redondantes, je pense qu'on s'en sortirait très
60 bien et même mieux. Les liens c'est sur les humains qu'on les fait.
61

62 CB : M. opine du chef. Vous souvenez-vous de vous il y a deux ans, au tout début de la
63 formation ?
64

65 (*Rires*)
66

67 E : fondamentalement, je n'ai pas changé. Je crois qu'on arrive ici avec certaines convictions
68 sinon on ne ferait pas ce métier. L'humanité est une des convictions importantes. Après, on
69 nous **forme**²¹ ici. On nous donne des théories, des enseignements qui forcément nous
70 modèlent. Mais fondamentalement je reste la même. Avec beaucoup plus de maturité parce
71 qu'on voit des choses difficiles en stage, maturité professionnelle, personnelle, il en faut de
72 toute façon. En première année, on a vu beaucoup de personnes partir, enfin beaucoup... Des
73 personnes qui se sentaient le moins capables en stage parce que dès le départ, il en faut, de la
74 maturité.
75

76 I : j'ai trouvé autre chose que je connaissais de moi-même ; c'est ça, c'est la connaissance de
77 soi. Plus profonde. Donc des apports importants humainement. J'ai rencontré des gens que je
78 n'aurais jamais côtoyés autrement. Cela me montre aussi des aspects de moi-même, dans la
79 relation aux autres : comment je peux être dure ou pas dure, que je parle mal.
80

81 E : on arrive à se mettre plus facilement en question, à réfléchir sur nos actions.
82

83 M : j'ai gagné sur ma timidité. Au début j'étais très, très, très timide et j'ai beaucoup évolué sur
84 ce point. J'ai profité de la formation pour travailler sur ce point qui pose problème au sein de
85 la formation aussi, c'est la formation et surtout les stages qui m'ont permis d'évoluer vers un
86 mieux. Et puis voilà.
87

88 I : je confirme. (*Rires*) parce qu'on se suit depuis la première année. Et il y a un changement
89 entre la première et la troisième année. Cette année, elle est déléguée de promo.
90

91 CB : comment pensez-vous être perçues sur le terrain, en tant qu'étudiante de la CRF ?
92

93 E : en tant qu'étudiante CRF parfois, ça dépend des stages : il y en a où on m'a dit que l'on ne
94 savait rien faire à la Croix-Rouge et d'autres, c'était le contraire : on était beaucoup plus
95 compétent que les autres, dans le sens où on s'adapte très vite. Puisqu'on n'apprend les choses
96 qu'en stage, puisqu'ici il n'y a pas de TP. On est beaucoup plus autonome, beaucoup plus
97 débrouillard que les autres. L'autre versant, c'est que moi en tant que stagiaire je n'ai eu aucun
98 problème. On m'a toujours dit que j'étais curieuse, que j'avais une bonne dextérité, que je
99 savais m'affirmer sans non plus outrepasser mes droits. Ça se passe toujours très bien. Je crois
100 que l'âge aussi y fait. Enfin la maturité professionnelle. Comme I., j'ai déjà travaillé avant. Je
101 connais le positionnement au sein du travail, et les relations dans les équipes.
102

103 I : on voit les ficelles entre les gens, dans les équipes. On n'y met pas trop de temps, on sait
104 comment ça fonctionne, on prend du recul. En tant qu'étudiante, il y a des stages où on est
105 parfois un peu chosifié. Et puis quand je suis fatiguée, je deviens paranoïaque. On se sert de
106 nous : les remplacements par manque de personnel, on est parfois l'objet de conflits,
107 l'interface entre deux personnes en conflit. Et à la Croix-Rouge : on n'a pas de TP. C'est la
108 politique de l'école de ne pas faire de TP. Ici, on fait une réflexion sur le soin.
109

110 E : on a un peu de matériel mais c'est juste pour des démonstrations, pour nous montrer à quoi
111 ressemblent un cathéter, un flacon d'hémoculture.
112

²¹ Souligné dans la voix et par le geste

113 M : au début de la première année, on était toujours cours Saint-Louis, on n'avait pas de salle
114 de TP, et on est parti au premier stage sans avoir rien vu.
115

116 E : pour ce premier stage, j'étais complètement lâchée au milieu d'une maison de retraite avec
117 des patients Alzheimer. J'avoue qu'au début pour faire une toilette ça été un peu difficile parce
118 qu'il a fallu apprendre sur le tas. Après ça s'est bien passé parce que quand on veut, on peut.
119 Mais ce n'est pas évident.
120

121 M : moi qui arrivais en milieu médical sans aucune expérience professionnelle, la première
122 maison de retraite a été un peu surprenante ; je me demandais dans quoi je m'étais lancée. Et
123 puis j'ai fait comme les autres, j'ai appris à faire des toilettes. Mais c'est vrai qu'il a fallu
124 prendre sur soi ; se dire que c'était une première étape à passer, et que ça allait aller mieux.
125 Mais ce premier stage sans être prévenue de ce qui nous attendait, ce n'était pas facile.
126

127 I : et aussi ce premier stage arrivait très tôt. Trois semaines après la rentrée. La première
128 semaine, c'est de l'accueil. Quelques cours et après le stage. Ce n'était pas suffisant pour qu'on
129 arrive à s'imaginer les stages.
130

131 CB : vous avez rencontré des étudiants d'autres IFSI. Comment les percevez-vous ?
132

133 (*Rires*)
134

135 M : ça dépend des écoles. Certains sont très dans la compétition, et d'autres sont plus dans le
136 travail entre étudiants, le travail en groupe. S'aider à apprendre. Je ne sais pas si ça tient à
137 l'étudiant ou à l'école. Je n'ai pas rencontré beaucoup d'étudiants, mais ça a été comme ça
138 souvent.
139

140 I : il y a les étudiants des autres écoles, plus ceux que je connais à l'extérieur. La Croix-Rouge
141 a toujours la même image. Il y en a une qui m'a dit récemment que les étudiants de la Croix-
142 Rouge étaient mal vus dans les stages parce qu'ils ne savaient rien. C'était une deuxième
143 année. Mais je ne l'ai pas mal pris, je m'en fous. (*Rires*) puis il y a les étudiants Croix-Rouge
144 eux-mêmes. C'est difficile. Il y en a qui vont vous apporter de l'aide et puis y en a d'autres pas
145 du tout. On a des parrains par promotion. Moi, je ne l'ai jamais vu mon parrain de quatrième
146 année. Mais grâce à d'autres quatrièmes années, on a eu accès à des informations, sur les
147 évaluations de l'année dernière par exemple. Mais la compétition je ne l'ai pas trop ressentie,
148 peut-être à cause de mon âge. Il y a moins de compétition vis-à-vis de moi.
149

150 E : moi non plus je n'ai jamais ressenti la compétition. Plutôt une certaine indifférence. Des
151 autres stagiaires parfois. J'ai eu de la chance, je n'ai pas eu des stages où il y avait beaucoup
152 d'étudiants. C'est mieux pour apprendre. En général on se croisait. Il n'y avait pas de
153 problème. C'est vrai que ma marraine je ne la connais pas non plus je l'ai vu une fois.
154

155 M : moi ma marraine, c'est une fille que je connais depuis le lycée.
156

157 CB : et vous êtes marraine vous-même. Comment marrainez-vous ?
158

159 I : j'essaie de faire ce que je peux pour elles : deux étudiantes de deuxième année. Deux parce
160 que la marraine d'une l'a laissé tomber. Elle est venue me voir pour que je devienne sa
161 marraine. Elle était aide-soignante aussi. Je me retrouve avec deux filleules : une qui travaille
162 et une qui ne travaille pas. (*Rires*)
163

164 E : j'en ai deux moi aussi : un filleul redoublant qui n'a pas vraiment besoin de moi d'après lui
165 (*Rires*) et une filleule que je ne vois plus, qui a dû arrêter.
166

167 M : j'essaie de voir ma filleule régulièrement, de répondre à ses questions. Mais c'est vrai que
168 l'on a nous-mêmes beaucoup de travail et que ce n'est pas facile de se rencontrer.
169

170 CB : aviez-vous passé d'autres concours ?

171 I : je crois qu'à Bagatelle je n'ai pas le profil. Je viens de l'armée moi... (*Rires*) ils n'aiment
172 pas les personnalités à Bagatelle. Je pense que j'ai une personnalité, que c'est ça qui a plu à la
173 Croix-Rouge, et déplu à Bagatelle. Si j'avais été reçue à Bagatelle, j'aurais eu beaucoup plus
174 de mal qu'ici. J'ai des amis qui sont à Bagatelle, je n'aurais pas supporté. Ils sont formatés plus
175 que nous encore. Ils ont des TP (*Rires*).
176
177 CB : ce sont les TP qui formatent le plus ?
178
179 I : c'est paradoxal parce qu'on demande à être encadrés et puis en fin de compte quand on est
180 trop encadré, ça ne va pas non plus.
181
182 M : je n'ai pas eu Bagatelle. Sinon je ne sais pas ce que ça aurait donné. Je ne sais pas.
183
184 E : je n'avais pas prévu d'avoir le concours. Quand j'ai appris que j'étais licenciée, je me suis
185 renseignée sur les concours et il n'y avait que celui de la Croix-Rouge. Je l'ai passé pour
186 m'entraîner, pour voir ce qui avait changé en 10 ans. Et puis je l'ai eu. Tout s'est enchaîné très
187 bien.
188
189 CB : et le TFE²² ?
190
191 Toutes : (*Rires*) on va éviter le sujet qui fâche.
192
193 I : en fait on n'a pas de réflexion à faire pour le TFE. Le cadre conceptuel est déjà formaté.
194 Nous, nous ne pouvons faire que l'analyse des entretiens que l'on aura donnés. Mais surtout on
195 ne donne pas notre avis, même dans la conclusion qui doit présenter une certaine ouverture.
196 On nous guide où l'on veut que l'on aille.
197
198 E : pour moi, ça reste encore très vague. Je m'interroge encore sur le contenu, le contenant.
199 Sur tout quoi. (*Rires*) Je trouve que c'est très compliqué de trouver un sujet. On est trop jeune
200 dans la profession pour travailler sur un sujet comme ça. Et ça fait la moitié de la note du
201 diplôme d'État, c'est dingue. Qui a demandé ça ?

²² Travail de Fin d'Études

Extraits E1 CRF3 G2 (50'58)

1
2
3 E : 23 ans, bac scientifique sauf que je me suis trompée de filière, j'ai eu un parcours
4 laborieux : j'ai redoublé à deux reprises. C'est en terminale que j'ai su ce que je voulais faire,
5 j'avais un but et ça m'a boosté pour passer le bac. J'ai fait une année de prépa. J'ai passé six
6 concours, j'en ai validé quelques-uns et au final je suis à la Croix-Rouge. Mon père est
7 chirurgien-dentiste et ma mère est mère au foyer. Mon père est un peu déçu que je n'ai pas fait
8 médecine mais il finit par comprendre que les deux formations sont complètement différentes,
9 que ce ne sont pas les mêmes objectifs. Et que le métier d'infirmière me correspond peut-être
10 plus que celui de médecin.
11

12 M : 22 ans, j'ai fait un bac scientifique, ensuite trois mois en fac administrative et sociale,
13 pour faire plaisir à mon père. J'ai passé les concours, j'étais enceinte donc j'ai arrêté. Je me
14 suis occupé de ma fille, et j'ai repassé les concours ensuite. Mon père est chef d'entreprise
15 dans le bâtiment et ma mère est prof de français.
16

17 H : 25 ans, deux premières années de fac de médecine, une année de prépa. Bac scientifique.
18 Mon père est médecin anesthésiste dans une clinique et ma mère est mère au foyer, elle était
19 avant infirmière.
20

21 P : 22 ans, bac scientifique, j'ai redoublé ma terminale. J'ai fait une prépa pour savoir si ça me
22 convenait et vu que j'avais le temps. Ça m'a permis de faire un mois de stage. J'ai passé
23 plusieurs concours, j'ai eu plusieurs oraux, je suis rentré à la Croix-Rouge. Ma mère était
24 comptable et mon père était surveillant dans l'administration pénitentiaire
25

26 M : 25 ans, mes deux parents sont retraités : ma mère était auxiliaire de vie et mon père
27 ébéniste. C'est par le biais de ma mère que, alors que je redoublais ma seconde, j'ai rencontré
28 une personne âgée qui avait été sage-femme. J'ai passé toutes les vacances avec elle, je
29 m'occupais d'elle. Je me suis orienté alors vers le BEP STL, après j'ai fait une prépa et passé
30 les concours. J'ai été aussi ASH en maison de retraite.
31

32 CB : quelle image de l'infirmière aviez-vous? Avez-vous eu des étonnements ?
33

34 M : je ne savais pas que c'était ça exactement. Au début, je voulais m'orienter vers le social.
35 Je me suis dit qu'infirmière il y avait et le côté social et aussi le côté médical qui m'intéressait.
36 Après j'ai découvert plein de choses dans le métier.
37

38 P : j'ai gagné en maturité. C'est une formation professionnelle : on nous demande à réfléchir
39 sur nous-mêmes, sur les autres. Personnellement, j'ai aussi gagné en confiance en moi car on
40 est confronté au milieu du travail en stage. Je me suis aperçu que les soins étaient différents
41 chaque fois : selon la personne à qui on le fait on peut poser 10 cathéters, c'est à chaque fois
42 différent. Et ça, en première année, je n'en avais pas du tout conscience.
43

44 E : je suis d'accord avec ce que tu dis.
45

46 M : une autre chose m'a étonné moi : la démarche de soins. Quand j'étais ASH en maison de
47 retraite, j'ai pu voir ce qu'était la pratique mais pas la démarche de soins.
48

49 P : c'est vrai qu'elles ne sont pas visibles dans les services. Quand on est de passage, on ne
50 voit rien.
51

52 M : c'est vrai que maintenant beaucoup de choses prennent sens. Quand j'étais hospitalisée, je
53 ne comprenais pas certaines choses. Vous ne les voyez pas. Maintenant, je comprends mieux :
54 l'organisation des infirmières, les démarches de soins. Tout le travail en équipe et la charge de
55 travail. Une autre chose, c'est par rapport à la pudeur et l'intimité : je ne savais pas qu'on
56 appuie autant formation sur ces deux points. En visitant des personnes hospitalisées, j'ai pu
57 me rendre compte des manques sur la pudeur et l'intimité, j'ai fait des réflexions.

58 E : c'est peut-être qu'au fil des années, il y a des choses qui s'oublient.
59
60 M : oui, mais ça me choque plus qu'avant.
61
62 E : peut-être que dans d'autres écoles c'est moins appuyé qu'ici
63
64 M : non mais c'est dans les règles du soin, ça existe partout ça
65
66 E : ça d'accord, mais peut-être que dans certains IFSI, c'est plus appuyé, on n'en sait rien.
67 Regarde avec le Sénégal, on a bien vu que l'hygiène ou la pudeur c'était pas du tout la même
68 chose
69
70 M : oui mais ça c'est culturel. Il faut voir en France quoi.
71
72 E : moi aussi, comme P., j'ai beaucoup évolué depuis ma première année sur moi surtout. On
73 pense qu'on connaît des choses, mais quand on y est confronté, on s'aperçoit que c'est
74 complètement différent. Je ne pensais pas que l'adaptation au stage était aussi difficile, de
75 changer de lieu de stage et de devoir s'adapter, du fait de notre statut de stagiaire. Parfois c'est
76 pesant.
77
78 H : après, l'idée du métier est différente par rapport à la rentrée. Je pensais avoir moins
79 d'autonomie que l'on peut en avoir. Finalement, je ne connaissais pas la distinction entre rôle
80 propre et rôle délégué.
81
82 P : je ne pensais pas non plus qu'on avait autant de responsabilités. Tout ce qui est vérification
83 de prescription médicale, préparation...
84
85 H : on est seul même si le médecin n'est pas loin, le médecin se décharge souvent sur
86 l'infirmière. Il a confiance en elle.
87
88 E : en fait, on n'avait pas vu qu'on était un peu au centre : entre les aides-soignantes, les
89 médecins. L'exercice est tellement diversifié qu'on trouvera du boulot partout. On ne
90 s'ennuiera jamais
91
92 P : et moi, en tant qu'homme qui n'aime pas du tout la paperasse, je ne pensais pas qu'il y
93 avait un côté administratif aussi important. Elle passe plus de temps à remplir des papiers, ou
94 être devant l'ordinateur maintenant, qu'auprès du patient. Le passage dans la chambre du
95 patient est très bref.
96
97 CB : et où en êtes-vous de vos compétences ?
98
99 E : je me sens en retard au niveau technique : déjà en première année, je n'ai fait que des
100 stages en psychiatrie, gériatrie et libéral. Je n'ai fait donc que des toilettes. Ce n'est qu'en
101 deuxième année que j'ai fait un stage en chirurgie : c'était un peu lourd pour l'équipe parce que
102 j'aurais dû savoir faire déjà des choses. Au départ je pensais m'orienter vers la psychiatrie ;
103 mais je me rends compte maintenant arrivée en 3^{ème} année par rapport aux autres, que je suis
104 un peu en retard même si j'ai touché à certains soins techniques, je ne les maîtrise pas, ne
105 serait-ce qu'une prise de sang.
106
107 M : je suis un peu dans le même cas. Les stages : psychiatrie, chirurgie ambulatoire... Je n'ai
108 toujours pas posé de perfusions en 3^{ème} année, ça m'embête. Au niveau soin technique, je me
109 sens vraiment en retard. J'ai appris plein de choses dans les stages certes : tout ce qui est
110 relationnel... En fait, je pense que j'ai beaucoup appris sur moi, sur mes réactions, mais je ne
111 sais pas si c'est le but de la formation pendant les stages (*Rires*).
112
113 E : on développe de l'empathie, la tolérance. Oui ce sont des compétences, qui prouvent qu'on
114 a mûri. Mais je parlais des soins techniques.
115

116 P : on a tous des parcours de stage différents, donc on est tous à des niveaux d'apprentissage
117 différent : ça dépend où on est passé en stage pour pouvoir apprendre à poser des perfusions.
118 Après tout, ce qui est psychologique, je crois qu'il y a un grosse part de nous-mêmes dedans,
119 ce sont des ressources qu'on a ou qu'on n'a pas.
120

121 E : parce qu'on se trouve aussi confronté à des situations difficiles dès le premier stage,
122 comme la mort.
123

124 H : il y en a qui préfèrent la psychiatrie, le côté relationnel ; et d'autres la technique. Moi je
125 suis plutôt soin technique. Je pense que j'ai un bon relationnel avec les gens mais je ne suis
126 pas psy du tout. Je n'aime pas trop, je fuis même un peu la psychiatrie. Il me reste cette année
127 un stage de psychiatrie, je vais prendre sur moi. Et c'est parfois difficile de développer les
128 ressources que l'on a, parce qu'on ne veut pas, on ne peut pas, que les choses nous renvoient
129 des choses trop difficiles.
130

131 P : à propos des soins techniques à proprement parler, il ne faut pas avoir peur : on apprendra
132 toujours, tout au long de notre vie, des soins. Ce n'est pas parce que tu n'as pas vu certains
133 soins pendant la formation que c'est catastrophique : tu apprendras toute ta vie parce que les
134 techniques évoluent... Tu auras toujours des collègues qui savent faire et qui t'apprendront ce
135 que tu ne sais pas faire. Je relativise comme ça.
136

137 M : oui, mais moi c'est par rapport au DE que ça m'inquiète. Parce que les services où il y a
138 trop de technique, je n'irai pas y travailler. Mais c'est pour les stages et le DE que ça pose
139 problème. Il y a des soins qu'on est obligé de maîtriser. Et ce sont des choses qui me plaisent
140 beaucoup moins.
141

142 MI : moi je trouve que les compétences relationnelles, ça s'améliore petit à petit tout au long
143 de la formation. Tout au long des stages, j'ai préféré quand il y avait le relationnel en même
144 temps que le soin technique : j'ai posé des perfusions et fait des bilans sanguins à l'UMD²³. Et
145 en chirurgie, je m'aperçois que j'aime bien tout ce qui est opération, anatomie, si je travaille en
146 chirurgie, c'est à moi d'abord d'améliorer ma technicité, et ensuite de parler avec le patient.
147 Maintenant, je me sens moins complexé par les soins stériles, je me concentre plus sur
148 l'organisation.
149

150 M : une infirmière me disait que c'est quand on a le relationnel que le choix est parfait. À
151 partir du moment où le relationnel va, le soin ira.
152

153 E : c'est que le côté technique, on peut l'acquérir ; alors que les compétences plutôt humaines
154 c'est plus difficile. On peut être nickel au niveau de l'hygiène, de l'asepsie, au final s'il y a pas
155 de relationnel, le soin sera raté.
156

157 H : je ne me sens pas visée là. J'ai un très bon relationnel.
158

159 *Beaucoup de rire, de plaisanteries.*
160

161 CB : ce groupe est très vivant...
162

163 MI : on se le permet maintenant. On n'était pas comme ça en première année. On fait de
164 l'humour.
165

166 CB : vous avez rencontré des étudiants d'autres écoles. Qu'en pensez-vous ?
167

168 MI : le seul stage où j'ai rencontré des 3^{ème} années, c'était un stage particulier, avec des
169 polyhandicapés. On était tous au même niveau. Ils m'ont appris à relativiser la formation. À la
170 fin de leur formation, après avoir validé tous les modules, ils n'étaient toujours pas au clair

²³ Unité pour Malades Difficiles, unité fermée médico-judiciaire en structure psychiatrique

171 avec les plaies, comment les désinfecter... Ou la pharmacologie. C'est à nous d'apprendre
172 sans cesse.
173
174 M : pendant les modules optionnels, on a rencontré d'autres étudiants. J'ai senti des
175 différences entre les IFSI. Sur certains sujets, je trouvais que nous ne maîtrisions pas grand-
176 chose. Par exemple, Xavier Arnozan ne sont pas du tout psy, alors que Charles Perrens, c'est
177 le contraire.
178
179 E : nous, on fait beaucoup de travaux de groupe, d'exposés. À Xavier Arnozan, ils sont très
180 scolaires. Sur certaines notions ils sont beaucoup plus calés mais pas sur d'autres.
181
182 P : oui mais c'est un peu leur marque de fabrique. Nous à la Croix-Rouge, c'est d'être
183 débrouillard. Ils se prennent trop la tête à Xavier. Ils disent « je ne peux pas faire ce soin parce
184 qu'il me manque tel matériel ». Alors que nous, on réfléchit à ce qu'il nous faut, et comment
185 on peut le faire.
186
187 H : en fait il y a des règles à respecter, d'hygiène, d'asepsie, et il faut faire le soin en les
188 respectant.
189
190 E : les diplômés de la Croix-Rouge m'ont dit que les étudiants de la Croix-Rouge étaient
191 plutôt mal vus, parce qu'ils ne savaient pas faire beaucoup de soins. Par contre, quand on était
192 diplômé, on avait beaucoup plus de capacité d'adaptation que les autres. Parce qu'on avait
193 appris à être très autonome. Donc, je me dis que chaque IFSI a ses avantages et ses
194 inconvénients. Par exemple, je me suis rendue compte qu'en santé publique on avait plus
195 d'apports qu'eux, qu'on était plus calés qu'eux.
196
197 P : ici, le stage à l'étranger, on se le monte tout seul, on est autonome, on cherche
198 l'association, les financements. (*É. n'est pas d'accord*)
199
200 E : justement, j'attendais un peu plus de soutien de l'IFSI.
201
202 M : c'est pour voir si on est autonome, si on est vraiment motivé.
203
204 E : on a présenté notre projet et elle ne nous a rien dit. Même pas que c'était bien. Ça manque
205 cela : que l'on nous dise que c'est bien, quand on a bien évolué depuis le début de la
206 formation. J'ai failli arrêter ma formation en 3^{ème} année ; si on m'avait dit ça avant, ça m'aurait
207 aidé. Mais de me dire « ça ne va pas, ça ne va pas », ça ne motive pas.
208
209 P : moi c'est l'inverse. Quand on me dit : « tu es une merde », ça me motive, je me dis « tu vas
210 voir que c'est pas vrai ».
211
212 H : en stage, je trouve qu'on est assez solidaire même si on n'est pas de la même école. Pour
213 nous montrer des soins, pour échanger sur nos manières de faire. Une certaine entraide entre
214 Croix-Rouge oui, et aussi entre Croix-Rouge et d'autres écoles.
215
216 M : en tant qu'étudiant, on sait qu'on est dans la même galère, les MSP²⁴ et tout. Je n'ai
217 toujours été qu'avec des stagiaires de même niveau que moi, ils ne m'ont jamais encadrée,
218 mais il y avait toujours de l'entraide. Je trouve aussi que dans la promo il y a une certaine
219 solidarité...
220
221 *Brouhaha.... Des désaccords*
222
223 E : les autres années oui, mais pas cette année
224
225 P : on se prête des cours mais entre petits groupes.
226

²⁴ Mise en Situation Professionnelle : évaluation normative comportant une partie pratique et un exposé d'une situation de malade.

227 M : je ne sais pas si c'est parce que c'est la dernière année, mais beaucoup de gens se révèlent
228 en 3^{ème} année. Ils ont pris plus d'assurance. Peut-être, en 2^{ème} année je ne comprenais pas tout
229 ce qui se passait en séance de régulation ; mais il y a des choses là que je n'aime pas.
230

231 P : c'est peut-être à cause des âges différents. Je vis la formation en fonction de mon jeune
232 âge.
233

234 CB : avez-vous présenté plusieurs concours ?
235

236 MI : j'ai été reçu sur la liste principale à la Croix-Rouge et j'étais 15e en liste complémentaire
237 à Tarbes. Pendant que j'étais à Bordeaux, j'ai reçu un recommandé que je ne suis pas allée
238 chercher : c'était Tarbes qui m'acceptait et c'était trop tard. Au début ici j'ai un peu regretté. Et
239 puis j'ai connu des personnes, des amis.
240

241 P : et puis ça apprend d'être à distance des parents. J'ai choisi les villes où je passais les
242 concours. Jamais je n'aurais passé le concours à Villeneuve-sur-Lot où habitent mes parents.
243 C'est bien de s'en aller. J'étais sur liste principale la Croix-Rouge et sur liste d'attente sur
244 d'autres écoles. J'avais pas envie d'attendre. Mes deux sœurs étaient déjà sur Bordeaux, c'était
245 la bonne occasion. C'est une ville de fêtards. Je n'ai pas choisi franchement la Croix-Rouge.
246

247 H : c'est la seule école que j'ai eue et je voulais faire la formation. Je ne regrette pas d'être
248 restée à Bordeaux. Au lieu de partir à Toulouse mais je n'ai pas eu le concours.
249

250 M : j'étais trop loin sur la liste complémentaire à Charles Perrens. Et j'étais prise ici.
251

252 E : j'ai passé six ou sept concours. Pour multiplier mes chances. La Rochelle et Marmande :
253 admissible. J'ai eu Libourne, Dax et la Croix-Rouge. J'ai longtemps hésité entre Libourne et la
254 Croix-Rouge. On a opté pour la Croix-Rouge, avec mes parents. Parce que c'est eux qui
255 auraient payé le logement. Mais la Croix-Rouge c'est comme une marque, tout ce qui est
256 humanitaire, parce que ça me plairait après.

Extraits E1 CRF3 G3 (25'26)

1
2
3 LM : 23 ans, bac scientifique en 2005, mes parents sont médecins : ma mère est gynécologue
4 et mon père généraliste. J'ai fait deux années de médecine plus pour voir, pour tenter, pour
5 essayer. C'est une idée que j'avais au départ, ça n'a pas marché et tant mieux.
6

7 J : 23 ans, bac SMS en 2006, ma mère est technicien biologiste dans un hôpital, mon père est
8 chercheur en physique. Et j'ai fait une prépa au concours. Ensuite j'ai travaillé pendant neuf
9 mois.
10

11 CA : 22 ans, bac ES en 2005, mes deux parents sont enseignants. Avant je voulais être
12 orthophoniste. J'ai fait une préparation au concours d'orthophonie à P., j'ai échoué. Ensuite je
13 suis rentrée en 2^{ème} année de licence en sciences du langage. J'ai repassé les concours
14 d'orthophonie et d'infirmière en même temps. Je n'ai pas eu les concours d'orthophonie. Je
15 suis rentrée en 2007 ici.
16

17 M : 21 ans, bac ES en 2005, j'ai fait ensuite une année préparatoire au concours. Ma mère était
18 institutrice, et mon père visiteur médical. Il est en retraite anticipée.
19

20 C : 22 ans, ma mère est esthéticienne, mon père est directeur commercial d'une grande
21 entreprise. Bac SMS, et j'ai travaillé pendant un an comme animatrice.
22

23 CB : vous souvenez-vous de l'image que vous aviez de l'infirmière avant de rentrer, de ce qui
24 vous avait attiré ?
25

26 CA : moi je sais que je ne voulais pas du tout passer le concours d'infirmières. Parce que pour
27 moi l'infirmière était la personne qui répondait aux ordres du médecin : poser des perfusions,
28 donner des médicaments... Et ça ne m'intéressait pas du tout de faire ça. Je me suis
29 renseignée car je voyais bien qu'orthophonie c'était bouché, je suis allée discuter avec des
30 infirmières, j'écoutais l'actualité, et j'ai découvert ce que c'était. Du coup, j'ai été agréablement
31 surprise par la profession, parce que c'est beaucoup de relationnel, finalement on a
32 énormément de responsabilités, on a quand même de l'autonomie, et ça bouge beaucoup.
33

34 J : j'avais quand même une idée du métier par mon BEP²⁵ ; ce qui m'attirait, c'était le rapport à
35 la personne, le soin ; pendant ma formation, ce qui m'a déçue, c'est que je m'attendais à un
36 véritable travail d'équipe, et que je me rends compte que dans les services, enfin dans les
37 stages que j'ai faits, ce n'est pas un véritable travail d'équipe. Ça se tire plutôt dans les pattes,
38 c'est plutôt un travail d'ego (*Rires*). C'est à qui sera le meilleur. Du coup, je me retrouve plus
39 dans le libéral, les cabinets, où il y a plus d'entraide, que dans les équipes hospitalières. Ce qui
40 m'a particulièrement embêtée, c'est le rapport cadre-infirmière-médecin. Ce n'est pas du tout
41 ce que j'attendais, ce n'est pas du tout l'idée de soutien que je m'étais faite.
42

43 CB : par rapport à la hiérarchie ?
44

45 J : il y a trop de hiérarchie, dans le mauvais sens du terme. Et même les infirmières entre elles,
46 elles ne s'aident pas plus que ça. Concernant les problèmes qui peuvent arriver dans le service,
47 je trouve que ça se tire plutôt dans les pattes que de s'aider. J'ai trouvé que ça parlait pas mal
48 dans le dos des gens, et je pense que pour travailler en équipe, il vaut mieux se dire les choses
49 en face, ça arrange. C'est ce qui m'a un peu déçue dans la découverte du métier. Après, je
50 pense que c'est partout un petit peu pareil.
51

52 M : ce que j'ai découvert, c'est tout ce qui est administratif : je pensais qu'on en avait moins,
53 que ça prenait moins de temps. Et puis, comme J., je pense aussi à la cohésion dans les
54 équipes. Entre infirmières, entre infirmière et aides-soignantes... Et puis aussi, le stress : je

²⁵ Brevet d'Études Professionnelles

55 pensais que c'était moins... Parce que c'est un métier prenant, on s'occupe de personnes, de
56 vies humaines. Mais je crois que le fait que les équipes ne s'entendent pas entre elle, cela met
57 plus de stress : si on fait une erreur, l'autre ne va pas nous soutenir.
58

59 J : on se sent jugé.
60

61 M : oui c'est ça. Surtout quand on est étudiante. C'est un stress par rapport aux responsabilités,
62 mais aussi c'est un tout...Même en tant qu'étudiante, dans un nouveau stage il faut toujours
63 remonter ce qu'on sait faire, c'est repartir à zéro à chaque stage
64

65 C : je suis tout à fait d'accord. Je ne vais pas répéter : mais c'est surtout tout ce qui est
66 paperasse. Moi à la base je voulais être puéricultrice : mais maintenant, ce n'est plus du tout
67 mon objectif. Enfin, peut-être plus tard. Moi, je pensais que la paperasse on n'en avait pas du
68 tout, vraiment très peu : les transmissions et puis voilà.
69

70 LM : quand j'ai commencé l'école, je venais de passer deux ans en fac de médecine, et j'avais
71 envie d'avoir un métier, car ça m'embêtait à 20 ans de pas avoir de voie, et comme j'étais
72 attirée par le milieu médical, j'avais pensé à passer les concours d'infirmière. Je pensais que
73 l'infirmière était vraiment sous les ordres du médecin, qu'elle n'avait pas d'initiative, qu'elle
74 appliquait les prescriptions, qu'elle suivait derrière. Je me suis rendue compte que pas du tout,
75 qu'on avait un rôle à part. Que le côté relationnel qui m'avait attiré au départ, et bien pour le
76 mettre en œuvre, ça dépendait des services. Il y a des services où elles le mettent
77 complètement de côté, elles avaient oublié que ça faisait aussi partie du rôle qu'on a, mais
78 c'est aussi qu'elles manquent de temps. Je me souviens qu'en 1^{ère} année on nous disait : il faut
79 prendre le temps de parler, d'écouter, prendre cinq minutes d'aller écouter un patient s'il en a
80 besoin. Mais on se rend compte qu'au final ce n'est pas le cas.
81

82 J : quand tu parles de ça, je me souviens qu'en maison de retraite j'ai eu une altercation avec le
83 cadre qui m'avait dit que je mettais trop de temps pour faire une toilette : une toilette ça prend
84 15 minutes par patient. Je lui avais répondu que j'étais en première année certes, que j'avais
85 une expérience par mon BEP SMS, mais je lui ai demandé de m'expliquer comment en faisant
86 une toilette en vingt minutes, on peut préserver l'autonomie de la personne. Ils nous disent : il
87 faut faire la toilette en 20 minutes et en même temps préserver l'autonomie de la personne. J'ai
88 fait l'expérience une fois : si on laisse faire la personne à son rythme, on en a pour trois quarts
89 d'heure au final. C'est ça qui est paradoxal dans les services : il faut s'occuper de tout le
90 monde mais dans un temps donné.
91

92 Tous : c'est qu'il y a un problème de personnel dans les services. C'est au rendement.
93

94 CB : alors pourquoi la Croix-Rouge ?
95

96 Tous : c'est parce que c'est la seule qu'on a eue à la fin. C'est dommage que ce soit payant.
97

98 M : moi j'ai passé un concours dans la ville où habitent mes parents, parce qu'ils m'ont dit de
99 le passer. J'ai eu les deux concours ; mais je ne voulais absolument pas vivre chez mes
100 parents, parce que j'étais déjà partie de la maison. Il était hors de question que je revienne
101 dans ma ville natale. Du coup, on a fait un compromis, je paye l'école et je reste à Bordeaux.
102

103 J : c'est pareil ; j'ai passé plusieurs concours et j'étais admissible ici à l'oral.
104

105 C : c'est pareil pour moi.
106

107 LM : J'avais passé deux concours sur Bordeaux. Dans ma tête, je voulais passer les concours
108 pour lesquels la rentrée était en février. Mes parents, persuadés que je pouvais avoir la
109 première année de médecine, m'ont poussée à aller jusqu'à la fin de l'année et je n'ai pas pu
110 prendre les devants. Mais je n'ai pas eu mes partiels en janvier et j'ai passé six mois à être en
111 vacances. J'ai passé le concours à Charles Perrens et ici ; j'ai eu les résultats fin août : j'étais

112 sur la liste complémentaire ici. Je suis bien contente parce que c'est le seul que j'ai eu. Avec le
113 recul, j'aurais aimé le passer du côté de chez mes parents, c'est-à-dire dans le Lot-et-Garonne.
114 Ça faisait deux ans que j'étais à Bordeaux et c'est vrai qu'on est bien tranquille quand c'est
115 maman qui fait à manger, qui soutient pendant les études. Et puis je me rends compte qu'il me
116 tarde d'être le vendredi à 17h30, pour prendre vite, vite l'autoroute et rentrer chez moi. Et le
117 dimanche c'est partir le plus tard possible.

118
119 (*Rire général*)

120
121 CB : comment qualifieriez-vous l'école de la Croix-Rouge ?

122
123 Tous : cher (*Rires*)

124
125 CA : je dirais arriérée. Je ne sais pas si arriérés c'est le mot mais, là on a donné 1000 € cette
126 année, et nous n'avons pas, toujours pas, de self, on a des conditions plus que limite pour
127 l'argent qu'on donne : on n'a pas de self, on n'a pas assez de micro-ondes pour se faire chauffer
128 nos repas, on a 1h pour manger à midi : c'est la bataille, vite sortir des cours : les profs nous
129 disent : vous avez déjà vos affaires rangées, mais on peut pas leur expliquer qu'on va faire la
130 queue devant les micro-ondes et qu'on peut pas s'asseoir pour manger. Au début de l'année,
131 quand on était toutes les promos, on mangeait dehors. C'est vraiment du grand n'importe quoi.
132 On avait l'espoir avec la nouvelle école qu'il y aurait des changements mais ce n'est pas le cas.
133 Et puis, le CDI est à moitié vide, il est fermé quand on n'a pas cours et ouvert pendant les
134 cours. On a eu Internet très, très tard. On a des conditions de travail limites. Pour le prix qu'on
135 paye... Je conçois qu'on doive payer les formateurs, et plein d'autres choses. Mais c'est limite.
136 Après, la formation est la même partout.

137
138 Tous : C'est trop encadrant. Ils prennent des heures qui ne servent à rien, on a 40 heures de
139 cours par semaine au lieu de 35. On fait 8 heures par jour. Par exemple, aujourd'hui, on a
140 régulation...

141
142 CB : régulation ?

143
144 Tous : on l'a déjà eu l'année dernière, tous les ans, une fois par trimestre c'est suffisant. Et
145 encore, là c'est pratiquement une fois par semaine. Donc au final on ne s'investit pas du tout là
146 dedans. On est là parce qu'il faut être là. Je pense que dans les autres école, il y a plus de
147 travail chez soi. Ici, dès qu'on a un travail personnel à faire, il faut le faire à l'école. En
148 groupe, il faut que ça soit vérifié. Par exemple, à Charles Perrens, ils ont une demi-après-midi
149 de libre par semaine. C'est certain. Tandis que nous, c'est de temps en temps.

150
151 J : eh bien moi, je ne vais pas vous retenir plus longtemps (*Rires*). C'est la même chose. C'est
152 cher, mais on en était conscient quand on est arrivé. Moi je m'attendais à un super truc
153 puisque c'était payant. Et l'année dernière, je suis allée faire un module optionnel à Bagatelle :
154 c'est à s'en décrocher la mâchoire. (*Rire général*). C'est gratuit, ils ont un parc de je ne sais
155 combien de mètres carrés, ils ont un self où ils ont un créneau horaire rien que pour eux. Moi,
156 au début de l'année je râlais : on mangeait dehors, heureusement que l'automne n'est pas arrivé
157 comme prévu. Et manger par terre. Ça va qu'il fait beau ; et puis manger des salades tous les
158 jours ça va ! Et quand il y a les trois promos ensemble, c'est la galère.

159
160 CB : vous avez connu les anciens locaux, cours Saint-Louis...

161
162 J : pour les locaux, ils sont beaucoup plus chouettes. Mais ils n'ont rajouté que trois micro-
163 ondes pour je ne sais combien d'étudiants en plus. Dans le foyer, on peut loger bien notre
164 promo. L'office des profs où ils mangent est spacieux pour eux, alors que quand on voit où
165 nous tous, on est obligé de manger... On nous dit de ne pas nous plaindre ; qu'ils viennent
166 manger avec nous, aussi vite que nous. En fait, on n'a pas 1h pour manger mais 40 minutes.

167

168 Tous : et puis ça met des ambiances pas agréables : quand on voit certains manger leur yaourt
169 et que nous on n'a toujours pas commencé à manger.
170 J : c'est pour ça, enfin ça reste entre nous, ...
171
172 CB : ce qui est dit ici ne sort pas d'ici
173
174 J: on dit nos problèmes à X mais elle aura toujours une solution. Mais moi, je voudrais qu'elle
175 fasse un jour une journée type avec nous : dans les mêmes conditions que nous, suivre les
176 cours, qu'elle vienne manger avec nous, qu'elle réalise un petit peu comment ça se passe. Elle,
177 elle ne se rend pas compte : elle mange à l'heure qu'elle veut, elle prend son temps ; et elle ne
178 comprend pas qu'au bout d'un certain temps, ça énerve. Oui, on se rebelle parce que quand
179 même, on paie 1000 € l'année et on voudrait du retour. Elle a tendance à oublier que dans un
180 sens, on est des clients. C'est nous qui donnons l'argent à la fin du trimestre.

Extraits E1 CRF3 G4 (43'16)

1
2
3 E : 34 ans, j'ai commencé à faire des études d'infirmière à Pellegrin entre 96/99, puis j'ai
4 arrêté mes études et j'ai travaillé en suivant en tant qu'aide-soignante. J'ai repassé le concours
5 il y a trois ans. Mon père était cadre dans une entreprise viticole et ma mère était mère au
6 foyer.

7
8 A : 22 ans, fac de psycho après le bac STT puis une année de prépa, ma mère est infirmière et
9 mon père est policier.

10
11 L : 22 ans, prépa concours, bac L mon père est cadre de santé et ma mère secrétaire médicale.

12
13 J : 30 ans, fac de droit, militaire pendant trois ans, j'ai pas mal voyagé, j'ai été aussi éducateur
14 sportif. Mon père est retraité de la fonction publique des postes, ma mère est employée de
15 maison.

16
17 CB : que diriez-vous de vos compétences aujourd'hui ?

18
19 E : un manque général. Et plutôt une appréhension de décevoir, de mal faire. Mais
20 effectivement c'est la dernière ligne droite, je me dis que dans un an, ça y es, je serai
21 responsable. Je sais que je vais arriver avec des lacunes, que je vais apprendre sur le tas. Ce
22 serait plutôt sur un manque de confiance en moi. Si j'ai une crainte en troisième année, c'est
23 sur l'organisation. Jusque-là j'ai eu des stages très spécifiques : hémodialyse

24
25 A : je sais où je veux travailler, en cancérologie soins palliatifs, ce qui me fait peur c'est de
26 prendre en charge un patient, alors que jusqu'à présent je n'en ai pas pris en charge la moitié.
27 C'est aussi l'organisation dans les soins.

28
29 L : moi ce sont les soins techniques, pose de perfusions, de cathéter, que je n'ai pas faite. Je
30 me dis que j'ai cette lacune. Moi je compte m'orienter vers le milieu psychiatrique, mais ça
31 fait partie des compétences attendues. Mais j'ai un stage à venir en bloc opératoire et j'espère
32 que je vais pouvoir pratiquer. Il y a aussi l'organisation.

33
34 J : je me sens assez carré dans la gestion de mes six patients. Par contre, je me suis rendu
35 compte de quelque chose. On nous parle de savoir-faire, de savoir-être et de savoir ; mais je
36 me rends compte qu'on est plus évalué sur le savoir-faire, le savoir et le savoir-être, on s'en
37 fout. Je m'en suis rendu compte dans le service des maladies infectieuses, où en est dans un
38 enchaînement de techniques, où j'ai pu prendre du recul, pu observer des étudiants qui étaient
39 en 3^{ème} année, en stage pré-pro, pour observer leur méthode de travail. Les infirmières les
40 évaluaient sur leurs compétences techniques c'est tout. Les autres étudiants qui étaient un peu
41 plus développés sur le savoir et le savoir-être comme nous à la Croix-Rouge, et un peu moins
42 sur le savoir-faire J'ai l'impression qu'on est un peu en difficulté sur le savoir-faire, ce n'est pas
43 valorisé. Après, je n'ai pas envie tellement de travailler dans les services dits techniques.
44 Parce que je suis lent, j'aime bien prendre mon temps. Et comme je travaille sur de l'être
45 humain, je me rends compte que parfois je perds un peu de temps. Mais on a des compétences
46 techniques à avoir, on est payé pour ça. Si on ne les a pas, on met les autres de l'équipe en
47 difficulté. Et on a de plus en plus de soins techniques à faire.

48
49 E : ce qui est difficile c'est qu'on ne sait pas si on se projette sur le DE ou sur le métier. Si tu
50 comptes travailler en psychiatrie, L., les soins stériles a priori tu t'en fiches. Enfin je ne sais
51 pas...

52
53 J : c'est pour ça que la nouvelle formation est très intéressante : on va se trouver avec moins
54 de stages, et au moins ce qu'ils verront, ils le verront. Poser des aiguilles de Huber dans une
55 chambre implantable, je l'ai fait en hématologie. Mais après je n'ai plus pratiqué. Du côté des
56 compétences acquises, pour moi, c'est un peu flou. Et puis faut s'adapter à chaque stage, à

57 l'équipe, au travail, et puis il y a une MSP ou pas. Le temps passe, on commençait à être un
58 peu à l'aise, et c'est le moment de partir. Les stages durent quatre semaines. C'est court.
59 E : mais ça dépend du stage. Le contenu théorique du nouveau programme est très bien. Mais
60 les stages sont longs. Je me suis dit que 10 semaines quand ça se passe mal c'est très long, moi
61 je n'aurais pas survécu. J'aurais arrêté ma formation.
62
63 A : surtout qu'il y a toujours un service où ça se passe mal. Mauvais contact avec les
64 soignants, la discipline. 10 semaines passées là-dedans, ça sera dur.
65
66 E : et puis il y aura moins de stages. En arrivant ici, je ne voulais pas faire de psychiatrie. Et
67 j'ai fait le stage en psychiatrie qui m'a énormément plu. Mon projet professionnel peut
68 changer. Ce que je trouve embêtant, c'est qu'ils vont voir moins de diversité. En tout cas, moi,
69 pour les stages mes vœux ont été respectés.
70
71 L : moi c'est pareil.
72
73 CB : vous souvenez-vous de l'image que vous aviez de l'infirmière ? Qu'est-ce qui a changé ?
74
75 E : moi j'ai dû commencer par faire le deuil de l'infirmière puisque j'ai arrêté mes études. J'ai
76 travaillé comme aide-soignante pour retrouver le rôle propre. J'y crois plus ou moins, en
77 fonction des intervenants. Certains disent : on fait ce qu'on veut de ce métier. Je suis venue
78 me ressourcer à ça. Et puis mettre un sens sur les comportements des infirmières, parce que
79 même si je travaillais avec elles, je ne comprenais pas tout. Les stratégies d'adaptation, les
80 mécanismes de défense des soignants... Parce que tout ce qui était technique je connaissais,
81 j'ai donc adapté mes stages en fonction de ça.
82
83 A : avant j'étais dans un lycée catholique. On pouvait faire des actions bénévoles, comme par
84 exemple aider les petites sœurs des pauvres, moi c'était aider dans une maison de retraite.
85 J'avais une certaine approche déjà du bénévolat, ou des infirmières. En plus ma mère est
86 infirmière, et elle a tout le temps expliqué ce qu'elle faisait. Ce qui m'attirait du métier, c'est
87 d'abord le fait que ma mère ne voulait pas du tout que je le fasse (*Rires*), le fait qu'on ne fasse
88 pas ce métier pour l'argent, que j'avais envie d'amitié basée sur le social où on pouvait parler.
89 Rien dans la formation ne m'a étonné. Les points négatifs, ça peut être des conflits qu'on peut
90 avoir avec les équipes, les relations, dans le sens où pour eux, on est étudiant donc
91 professionnel.
92
93 L : depuis le collège, j'ai toujours voulu être infirmière. J'avais des idées très féériques : la
94 relation à l'autre, de toute façon c'est ce que je cherche toujours et que j'ai trouvé. C'est pour
95 ça que je m'oriente vers ce métier. Mais mon regard a changé : la surcharge de travail, il y a
96 des moments où c'est compliqué surtout en fin d'année. À l'IFSI, autant qu'en stage. Il y a des
97 choses qui ne m'ont pas plu en stage : le respect de la personne, du patient, des choses qu'on
98 ne doit pas dire. C'est aussi que je suis très sensible à la relation. En tant qu'étudiant, on
99 devrait tout savoir, ou au contraire on ne nous laisse rien faire.
100
101 E : parfois sur les feuilles de stage, il y a l'appréciation : étudiante très professionnelle. J'adore
102 ça.
103
104 CB : le niveau d'exigence monte...
105
106 L : j'ai l'impression qu'il y a des moments où on doit savoir ça, à d'autres, autres chose. Que
107 tout est déjà jalonné. Mais on n'a pas le même parcours, le même rythme.
108
109 E : le plus difficile c'est d'un côté apprendre à faire les choses, de l'autre, savoir s'en servir. Se
110 construire une identité professionnelle tout en rendant service à l'autre. Je me construis au
111 travers du regard de l'autre. Et ce sont des études très difficiles.
112

113 J : je devais faire mes études d'infirmier à l'armée. J'étais brancardier en service de combat.
114 Mais je faisais des choses qui n'avaient rien à voir avec le travail de brancardier. Le travail me
115 passionnait. Les représentations étaient idéalistes. La formation est très éprouvante, elle
116 remue beaucoup de choses. Très difficile, elle demande beaucoup d'adaptation, on est comme
117 sur un tapis qui est toujours très glissant. Les connaissances s'accroissent, il faut se réadapter
118 à chaque stage, ça coûte beaucoup en énergie, on se met plus ou moins la pression. C'est un
119 métier très très exigeant. Mais où malheureusement le travail d'équipe n'est pas toujours à la
120 hauteur. On est dans une société plutôt individualiste. Ou alors, parfois on n'a pas le temps, ce
121 qui entraîne des dysfonctionnements.. Il n'y a pas de temps pour se ressourcer. Je trouve qu'il
122 manque quelque chose dans cette formation : paradoxalement, on est un métier tourné vers
123 l'autre mais il manque ce petit quelque chose qui rassemble. Pour être apte à soigner
124 quelqu'un, il faut être bien dans sa tête et bien dans sa peau. On ne peut pas être disponible
125 pour quelqu'un si on n'est pas disponible pour soi.
126

127 E : c'est le système de santé qui fait qu'on dysfonctionne.
128

129 J : mais ce sont les soignants qui font l'institution. Mais les gens concernés ne se rassemblent
130 pas.
131

132 E : les plateaux de pansements vont être déremboursés. Qu'est-ce que j'en fais, moi, surtout
133 qu'à la Croix-Rouge on est très axé sur la prévention, par rapport à mes valeurs ? L'autorité
134 médicale et l'autorité religieuse sont toujours présentes. À force de vouloir se forger une
135 identité propre, on passe à côté de beaucoup de choses. Une infirmière, c'est beaucoup de
136 choses mais rien à fond : puisqu'il y a le kiné, la diététicienne etc. On a un éventail très large
137 mais rien à fond
138

139 J : la réalité se construit. Même à l'hôpital où tout est structuré et hiérarchisé. Mais il faut
140 croire en ce que l'on fait. Il faut se sentir concerné.
141

142 E : mais j'ai peur d'être ramenée à une réalité que je connais trop bien. Ce qui a rassemblé les
143 équipes, c'est l'accréditation.
144

145 J : un moment, tout le monde se déresponsabilise. Le serpent se mord la queue.
146

147 CB : pourquoi la Croix-Rouge ?
148

149 E : ce que j'ai vu en tant qu'aide-soignante, ce sont des étudiants de la Croix-Rouge, pauvres
150 en technicité, et ça c'est connu, il n'y a pas de TP, mais avec un pouvoir d'adaptation immense.
151 S'adapter à toutes les catégories de personnel. Donc je n'ai passé comme concours que celui la
152 Croix-Rouge.
153

154 A : n'importe quelle école, j'avais Libourne, Marmande et la Croix-Rouge. J'ai choisi la Croix-
155 Rouge par proximité. Je ne me sentais pas assez mûr en première année pour avoir mon
156 propre appartement etc.
157

158 J : je n'ai passé qu'un concours et je l'ai eu. Le calendrier faisait que quand j'ai décidé de
159 rentrer à l'école d'infirmières, il n'y avait plus que le concours la Croix-Rouge ouvert. J'ai
160 déposé mon dossier le jour de la clôture.
161

162 E : et puis, il y a un côté affectif : mon mentor qui me gouverne dans mon institution a aussi
163 fait ses études à la Croix-Rouge. Elle vient fouiller dans mon dossier scolaire.

Extraits E2 CRF3 G1 (34'54)

1
2
3 M : Tout est bientôt fini et tant mieux. Le TFE et le DE...
4

5 CB : vous sentez-vous prête pour le DE ?
6

7 M : oui je pense que ça va aller. Que j'ai acquis assez de compétences depuis trois ans.
8 Qu'elles sont solides et que ça va bien se passer. Je n'appréhende aucun soin en particulier.
9

10 E : je me sens vraiment à l'aise en stage, j'ai toujours eu de très bons retours par les équipes.
11 Mais je suis quelqu'un de très, très anxieux et ça va me pénaliser c'est sûr. Même si j'y
12 travaille. Et puis on aura toujours des soins à apprendre, des nouveaux soins... Je n'ai jamais
13 posé une aiguille de Huber sur une chambre implantable mais je pense avoir les connaissances
14 indispensables, de base, pour le faire. Et pour ne pas faire n'importe quoi. Ça viendra la
15 gestuelle. Là-dessus je suis confiante.
16

17 CB : le regard des équipes a-t-il changé ?
18

19 M : ils nous voient comme des professionnels pratiquement. On est toujours en train
20 d'apprendre. D'un autre côté, on est plus pris au sérieux.
21

22 E : oui, on est plus considéré comme de simples stagiaires. On sent une différence de statut.
23 Prête à être une collègue. Plus d'autonomie, de responsabilités. Mais on a moins droit à
24 l'erreur.
25

26 CB : et à l'IFSI ?
27

28 M : moi je n'ai pas trop l'impression que ça ait changé
29

30 E : moi non plus. On a vraiment été autonome cette année dans les cours. Une référente a été
31 présente pratiquement toute l'année. Les autres, on ne les a pas beaucoup vues. Je n'ai pas
32 l'impression donc que leur regard ait changé sur nous.
33

34 L : il y a des professionnels qui disent que je dois tout savoir, et d'autres qui donnent des
35 responsabilités, mais qui cherche à nous faire évoluer en disant qu'on ne peut pas tout savoir.
36 Mais le regard a changé, ce n'est plus du tout pareil.
37

38 A : moi je trouve qu'en 3^{ème} année le regard a énormément changé. Surtout en fin d'année. Il
39 nous parle en tant que collègue. Ils nous font beaucoup plus confiance. Ça donne plus
40 confiance.
41

42 CB : et vous, vous regardez-vous différemment ?
43

44 E : on doute toujours, mais il y a des situations où on s'étonne d'avoir bien fait quand même.
45 J'ai des connaissances, une certaine technique.
46

47 L : on voit l'aboutissement de la formation. Ce qui nous paraissait très loin en 1^{ère} année.
48

49 H : les équipes sont beaucoup plus sévères, très rigoureuses et strictes. Elles ne nous laissent
50 pas passer grand-chose. Moi, je trouve aussi que j'ai changé.
51

52 E : le regard des équipes a changé. Surtout pendant ce dernier stage, où on a pu mettre à profit
53 tout ce qu'on avait appris, être vraiment dans le rôle de l'infirmière. Et moi je ne me verrais
54 pas faire autre chose.
55

56 I : moi je ne me sens pas prête encore à aller travailler sur le terrain. J'en ai rêvé cette nuit.
57 Maintenant, les équipes nous voient comme une collègue carrément. Et puis aussi, elles
58 critiquent l'école en disant que nous n'avons pas assez de raisonnement clinique, de
59 connaissances. Elles ne veulent pas valider les compétences car c'est une énorme

60 responsabilité qu'elles prennent, sur notre carnet de liaison. C'est paradoxal. Peut-être que le
61 stage pré professionnel sera différent.
62

63 E : on sait où on va pour les deux derniers stages : moi, ils se feront en réanimation.
64

65 A : je n'ai pas eu l'UMD pour le diplôme.
66

67 CB : et vous les retardataires, pensez-vous que le regard de l'institution a changé sur vous ?
68 Certains de vos camarades pensent que vous êtes plus autonomes maintenant. Qu'en pensez-
69 vous ?
70

71 H : c'est parce qu'on est obligé d'être autonome. On est laissé à nous-mêmes, la plupart du
72 temps on perd notre temps, tout part à vau-l'eau. Par contre, on ne nous laisse passer aucun
73 écart. Et quand on veut en parler, elles ne nous disent que ça vient de nous. Elles essayent de
74 nous virer. Et ce n'est pas trop tard, certains d'entre nous n'ont pas eu leur dernière MSP. Je
75 trouve qu'elles devraient se remettre en question. Ce n'est pas une école que je
76 recommanderai.
77

78 A : côté formateur, il y a pire qu'ici.
79

80 E : l'avantage dans cette école, c'est que l'on nous apprend à être autonomes : nous n'avons pas
81 d'enseignement pratique, pas de TP, rien. Quand on arrive en stage, on s'adapte direct. En 1^{ère}
82 année, ça nous paniquait beaucoup. Arrivé en dernière année, je m'aperçois que c'est un
83 avantage par rapport à d'autres élèves.
84

85 L : je crois que c'est parce qu'on arrive à la fin de l'année, de la formation, et que nous en
86 avons tous marre.
87

88 I : M. et moi étions délégués de promo cette année. Et on a morflé. Nous étions le pivot entre
89 la promo et les formateurs, et ce n'était pas évident. Il fallait essayer de leur dire des trucs
90 entre les uns et les autres. Et on a bien vu qu'ils étaient complètement démunis.
91

92 EM : ici, on nous fait développer l'adaptation : j'ai vu des étudiants d'autres écoles qui étaient
93 perdus parce qu'il n'avait pas tout le matériel pour faire le soin.
94

95 E : on nous dit en stage que nous sommes plus rapidement autonomes que les autres étudiants.
96 On observe plus facilement.
97

98 EM : certaines équipes nous demandent comment nous allons. Quand ils nous voient
99 débarquer dans les services, on fait beaucoup plus dépressifs que les autres. Ceux qui arrivent
100 de Charles Perrens paraissent plus sereins, plus tranquilles.
101

102 CB : et au niveau des compétences, pensez-vous être au point ?
103

104 L : oui, pour les soins que je n'ai jamais vus, je les verrai sur le terrain. Et puis ça dépend de la
105 discipline ou j'irai travailler.
106

107 A : pour tout ce qui est technique, c'est très spécialisé selon les services.
108

109 I : de toute façon, nous avons choisi les disciplines du stage diplôme d'État.
110

111 A : moi ce n'est pas tout à fait ça. Je me pose encore des questions pour choisir entre
112 psychiatrie et salle de réveil.
113

114 L : ici, on a la chance de pouvoir faire notre stage pré professionnel et le stage du diplôme
115 d'État dans la même discipline. Ce qui n'est pas le cas partout.
116

117 CB : comment vous situez vous par rapport aux étudiants des autres IFSI ?
118

119 L : on est en rivalité. On a des retours, des discours : ah oui, votre école vous êtes comme ci
120 comme ça. Et ce n'est pas positif. Il faut se battre entre nous pour pouvoir faire des soins.
121

122 A : c'est exactement pareil. En 2^{ème} année, j'étais dans un stage où il y avait plusieurs 3^{ème}
123 années qui passaient leur diplôme : ils étaient en concurrence, en essayant de déstabiliser les
124 autres, y compris moi. Avec des étudiants de Charles Perrens, on a un bon contact, on peut
125 travailler ensemble. Par contre, avec ceux de Xavier Arnoz ou Bagatelle, il y a des conflits
126 entre étudiants, il n'y a pas d'entraide.
127

128 EM : et je trouve qu'il y a même de la rivalité au sein de la promo. C'est aussi pour ça que
129 vivement que ça se finisse. On ne partage pas entre nous : comme les évaluations de l'année
130 passée. Il y a beaucoup d'hypocrisie entre nous.
131

132 *Accord général.*
133

134 E : ceci dit, il n'y a jamais eu vraiment de cohésion dans notre promotion.
135

136 L: on sent que cette année, l'ambiance est très tendue, qu'il suffirait d'une étincelle pour que
137 tout pète. Surtout avant qu'on parte en stage.

Extraits E2 CRF3 G2 (23'34)

- 1
2
3 C : ça va bien, c'est bientôt fini.
4
5 M : on est contents de partir et à la fois pas contents. Contents parce qu'on va travailler.
6
7 J : contente oui, mais c'est difficile de passer du statut d'étudiant à professionnel du jour au
8 lendemain. Ce qui est dur aussi, c'est en quelque sorte de quitter la promo, les affinités qu'on
9 avait pu créer. En tout cas le groupe d'amis auquel on appartenait. Et puis le statut d'étudiant,
10 on s'en plaint mais on est bien content d'avoir une infirmière derrière nous. Dans un mois ou
11 deux, cela sera nous l'infirmière.
12
13 CA : je suis contente de partir de l'école car j'ai trouvé un travail pendant mon stage pré
14 professionnel. Ça ne m'a pas du tout pesé d'aller en stage et je suis contente d'aller travailler
15 là.
16
17 M : l'image de l'infirmière a bougé pour moi : plus de responsabilités et plus d'administratif.
18
19 CA : pour moi c'est beaucoup moins idéalisé que ça pouvait être début. C'est pas comme
20 j'imaginai. Il va falloir qu'on fasse des compromis, des concessions.
21
22 CB : avez-vous rencontré d'autres étudiants dans les stages ?
23
24 M : on est tous formés de la même manière, il faut arrêter. Mais ici il n'y a pas de salle de TP.
25 Parfois cela aurait été bien d'avoir vu les soins avant de partir en stage. Je crois que les écoles
26 sont les mêmes.
27
28 Tous : c'est payant, et on n'a rien en échange : pas de cantine, le CDI pratiquement vide...
29 Mais ça n'a pas changé parce que personne ne se plaint.
30
31 CA : à Charles Perrens, ils sont plus soutenus, c'est le cocon. Ils font du yoga pour se
32 détendre. Xavier Arnoz a l'air très rigoureux. Et nous, on est entre les deux.
33
34 J : à la Croix-Rouge, ils ne sont pas derrière nous ; et parfois on aimerait bien qu'ils le soient
35 dans des situations délicates... Par contre, on n'a pas de TP. Mais de grosses capacités
36 d'adaptation. Parce qu'on n'a pas le choix.
37
38 CA : on s'adapte alors à la technique de l'infirmière, et parfois on n'apprend pas forcément
39 bien. Il faudrait presque changer à chaque fois qu'on change d'infirmières...
40
41 J : l'inconvénient de ne pas avoir de protocole, c'est que la seule référence qu'on ait, c'est ce
42 qu'a fait l'infirmière. Je suis désolée, mais je ne vais pas aller sur le site du CLIN²⁶ tous les
43 matins. Ce qui n'est pas supportable, ce sont les conditions de travail ici : où passe notre
44 argent ? On a acheté trois micro-ondes pour le foyer, nous, les étudiants.
45
46 M : maintenant les équipes nous voient comme des futurs collègues. Si on ne sait pas c'est
47 délicat. C'est comme si on était des intérimaires.
48
49 CA : si on va en réa cardiaque, on ne sera pas lâchés tout de suite.
50
51 J : pendant le stage pré pro, là on nous dit « tu te débrouilles » ; mais si ça va pas, on sait aussi
52 nous le dire.
53
54 CB : que pensez-vous du nouveau programme ?
55
56 C : je suis très partagée. Au niveau théorie, je pense qu'ils seront plus calés que nous.
57

²⁶ Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

58 CA : et puis, les stages sont beaucoup plus longs. Du côté pratique, ils seront un peu moins
59 formés que nous.
60

61 J : c'est l'organisation du programme qui est difficile aussi : que tout le monde fasse la même
62 chose au même moment. Ce n'est pas possible pour les stages. Quand il y a visite du référent
63 de stage, il n'y a pas d'enjeu pour l'étudiant.
64

65 CA : ils vont devoir se responsabiliser beaucoup, être réactifs. La MSP est comme un
66 aiguillon, qui nous fait nous poser des questions qu'on ne se poserait pas en temps normal.
67

68 J : en même temps, pendant les MSP, on travaille comme on doit travailler : mais si on faisait
69 comme ça tout le temps, on ne pourrait jamais avoir le temps de faire le boulot de la matinée.
70 C'est un jeu de rôles...

Extraits E1 D3 G1 (42'10)

1
2
3 M : 34 ans, marié un enfant, bac S, DEUG de droit, BTS de gestion immobilière en
4 alternance, et j'ai travaillé pendant 10 ans dans une agence immobilière. Mon père était artisan
5 peintre, et ma mère, femme au foyer.
6

7 P : 27 ans, mariée deux enfants, j'ai déjà fait une première année d'école d'infirmières à Paris
8 en 2002. J'ai arrêté pour avoir mon fils. Je me suis cherchée ensuite, j'ai fait du secrétariat.
9 J'étais AVS²⁷ avec des enfants handicapés. Et j'ai repassé le concours. Mon père est cadre
10 administratif, journaliste ; ma mère, femme au foyer.
11

12 H : 36 ans, deux enfants, en instance de divorce, doctorat d'archéologie et un DESS de
13 médiation culturelle. Mon père était militaire, ma mère femme au foyer. J'ai travaillé dans la
14 précarité, petits contrats avec le CNRS et des musées.
15

16 J : 29 ans, bac pro du commerce, école de sciences urbaines. J'ai travaillé pendant 10 ans dans
17 la gestion commerciale, dans plusieurs domaines d'activité. Je suis célibataire. Mes deux
18 parents sont aides-soignants.
19

20 CB : ce sont des réorientations originales, et pourquoi infirmière ?
21

22 J : ce qui m'intéressait c'était la relation. Avoir des responsabilités, le travail personnel et le
23 travail en équipe, les lieux d'exercices divers. Rester proche des gens. C'est un métier
24 dynamique.
25

26 M : le côté mercantile de mon métier me pesait, on est un maillon de la chaîne, on se sent
27 dépassé, inutile. J'avais besoin d'un métier où je me sens utile. Suite à ma grossesse, j'ai eu
28 quelques difficultés, j'ai passé du temps à l'hôpital. C'est un concours de circonstances.
29

30 H : une réflexion qui m'a pris un peu de temps. Avoir des enfants m'a fait réfléchir à ce que
31 j'attendais des relations humaines. Ce contact avec les personnes, très particulier à un moment
32 de leur vie où ils ne sont pas au mieux, je me sentais l'envie de leur apporter quelque chose,
33 moi qui avais reçu. Envie de redonner. Ce n'est pas une profession qu'on choisit par hasard.
34

35 P : hospitalisée pendant un mois à l'âge de 15 ans. J'ai eu des relations avec les infirmières du
36 service en pédiatrie qui peut être en 3, 4 phrases m'ont donné envie de faire ce métier. « Tu
37 vas t'en sortir, toi aussi un jour tu aideras quelqu'un ». Du coup j'ai passé le bac SMS et fait
38 une prépa.
39

40 CB : l'image de l'infirmier a-t-elle changé ?
41

42 P : j'avais un peu idéalisé la profession : l'infirmière était quelqu'un de gentil, dévoué. Mais la
43 réalité est venue, une infirmière pour 15 patients. Après c'est un milieu très particulier ; ce qui
44 m'a le plus choquée, c'est le manque d'entraide dans les équipes. J'ai été déçue. Je me
45 demande si elles sont comme ça de nature ou si c'est l'organisation qui en est la cause.
46

47 M : en plus il y a le statut de stagiaire qui est très inconfortable. Ou ça ne les intéresse pas, ou
48 c'est le cadet de leurs soucis vu le travail qu'elles ont à faire.
49

50 J : j'ai fait des stages en hôpital où j'ai rencontré des équipes qui étaient très soudées, dans
51 l'entraide. Mais c'est vrai aussi que c'était des services qui avaient les moyens qui
52 correspondent aux besoins. Il y a quand même une différence entre l'hospitalier et
53 l'extrahospitalier.
54

²⁷ Auxiliaire de Vie Sociale

55 H : Quand je dis aux gens que je suis en école d'infirmières, ils s'extasient en disant que je
56 vais aider les gens, mais ils ne savent pas que c'est 10 minutes par jour, parce que le plus gros
57 du travail c'est la paperasse, les prescriptions, les rendez-vous.

58 J : Quand on demande aux infirmières si elle referait ce parcours, il n'y en a pas une qui dit
59 oui.
60

61 P : Heureusement que je suis plus près de la fin que du début, parce que si c'était à refaire, je
62 ne le referais pas. Ce n'est pas étonnant que la durée de vie d'une infirmière soit de 15 ans.
63

64 J : ce qui a changé par rapport au début, c'est que je me disais que je pourrais aller travailler
65 dans plein d'endroits différents ; aujourd'hui, je n'irai pas travailler en milieu hospitalier, enfin
66 l'hôpital tel qu'il est aujourd'hui. Et dans la promotion, pratiquement personne ne veut aller
67 travailler à l'hôpital de Dax. Être stagiaire pendant cinq ans encore... On attend de la fonction
68 publique des garanties qu'on n'a pas. Et ce ne sont pas des contraintes institutionnelles mais
69 une volonté : faire tourner les agents comme ça dans les services, c'est un choix. Et ça pose
70 problème dans la prise en charge du patient : par exemple, l'infirmière responsable du service
71 anti-douleur, elle a à peine fini de former une infirmière qu'il faut qu'elle recommence parce
72 que la première est partie ailleurs.
73

74 CB : et au niveau des compétences, où en êtes-vous ?
75

76 M : je vois arriver la fin de la 3^{ème} année, et il y a énormément de soins que je n'ai pas faits
77 parce que il y a beaucoup de stages qui ne sont pas appropriés : en crèche, en PMI²⁸, en
78 psychiatrie... Où on passe son temps à boire le café et à lire le journal, ce n'est pas formateur.
79 On va arriver sur le marché du travail, et pour certains, on sera des dangers publics. Moi je ne
80 me sens pas du tout formée. Enfin il me manque beaucoup de choses. Surtout dans les soins
81 techniques. On rabâche trop sur le côté relationnel des soins, et ça c'est en nous. Moi le pire,
82 c'est la transfusion. Ce n'est pas normal. Le problème est-il qu'ici on est dans un petit hôpital
83 et pas dans un CHU ? Mais il ne faut surtout pas dire qu'il y a des stages qui ne sont pas
84 formateurs.
85

86 P : on le sait que dans certains stages, on est attendu pour faire les soins, faire les toilettes...
87 Mais on n'a rien à dire. Sinon la note à la fin... Moi je trouve que j'ai appris beaucoup, tant
88 sur moi que sur les soins techniques : j'ai pratiquement tout fait.
89

90 J : moi je crois qu'on peut se positionner par rapport à la place de bouche-trou qu'on veut
91 parfois nous faire jouer. C'est peut-être aussi une question de personnalité.
92

93 M : de toute façon on nous impose les stages, on ne peut pas les échanger entre nous ni même
94 en trouver ailleurs. Il n'y a pas que les stages, il y a aussi l'école. Je ne compte que sur moi.
95 Tous ceux qui la ramène un peu, ne sont plus là. Ils prennent les meilleurs au concours, et
96 après il garde les meilleurs des promos.
97

98 J : les formateurs disent : Dax doit être l'élite. Moi je m'oriente vers la psychiatrie, et la
99 formation que j'ai eue ici est très performante ; par contre, je souhaiterais aller travailler en
100 réanimation, je serais mal.
101

102 H : on a des intervenants de qualité, des médecins, qui sont compétents. Et qui sont
103 passionnés.
104

105 J : il y a un tel écart entre ce qui préconisé, ce qui est enseigné en termes de savoirs, de savoir-
106 faire et de savoir-être, et ce qui est la réalité ; il y a un tel écart entre ce qui nous est enseigné
107 ici, en sachant que l'école est un cabinet de recrutement pour l'hôpital, on est modelé. Et le
108 terrain, on se dit qu'on est en train de nous vendre un truc qui n'existe pas, pas du tout.
109

²⁸ Protection Maternelle et Infantile

110 H : moi je compte rester à Dax, mais pas à l'hôpital ; en clinique certainement, pour ensuite
111 faire la spécialisation d'IBODE. En tout cas sûrement pas un service de médecine : à mon
112 dernier stage, pas une infirmière n'avait eu un week-end de congé depuis trois mois... Un
113 dimanche par-ci par-là. On a plus de vie de famille, de vie de couple, de vie tout court.
114 M : ma caissière m'a dit qu'elle gagnait 1200 € par mois ; c'est 200 € de moins que moi, sans
115 les responsabilités, sans les trois ans et demi d'études.
116
117 CB : oui... et qu'en pensez-vous ?
118
119 M : que c'est très injuste... (*Accord général*)
120
121 P : il suffirait que toutes les infirmières se mettent en grève, et ça poserait un sérieux
122 problème. Mais tout ça on ne peut pas le dire à nos formateurs. Tout ce qu'on dit là, si on le
123 disait, on serait viré : on nous enverrait dans un stage où on serait cassé, et on aurait une
124 mauvaise note à la MSP.
125
126 H : on a l'impression que nos formateurs ne sont pas contrôlés, au-dessus d'eux il n'y a pas de
127 contrôle. Il faut suivre le modèle, sinon ce n'est pas possible. Une MSP qui dure 7h30 en
128 réanimation, ce n'est pas normal. Donc on ne demande rien, on s'arrange.
129
130 J : d'un côté, on nous demande d'être acteurs, d'être responsables ; de l'autre, c'est interdit.
131 Tout est fait pour pas qu'on le soit.
132
133 M : on nous a recrutés au concours parce qu'on était joyeux et dynamiques, et quand je nous
134 vois à la fin de la formation : on est tous ternes, vidés.
135
136 H : regarde, on n'a plus de personnalité, je me sens éteinte. On apprend à accepter les choses,
137 à subir. On subit une pression permanente, il n'y a pas de moment de répit.
138
139 J : là où j'ai travaillé, plus c'était dur, plus les gens étaient soudés. Alors qu'ici,
140 paradoxalement, ça n'existe pas.
141
142 *Discussion sur un cas particulier d'un étudiant, qui a été isolé et exclu.*
143
144 Tous : La formation est géniale, le fond est génial, ce que l'on remet en question c'est la
145 forme, la manière de faire. Beaucoup d'étudiants ont des conduites addictives : alcool,
146 antidépresseurs, tabac.

Extraits E1 D3 G2 (27'53)

- 1
2
3 F : 22 ans, bac STT en 2005, j'ai échoué au concours pour être éducatrice spécialisée ; j'ai
4 ensuite fait des petits boulots en usine agricole, puis une prépa infirmière. Mon père était
5 militaire, il est maintenant contremaître dans une usine ; ma mère était femme au foyer et
6 maintenant que nous sommes grands, elle est ASH.
7
8 D : 20 ans, bac ES en 2007, année où je suis rentrée à l'école. Mon père est ouvrier agricole,
9 ma mère aide-soignante.
10
11 M : 22 ans, bac SMS, j'ai travaillé pendant un an comme ASH. Ma mère est femme de
12 ménage, mon père ébéniste.
13
14 C : 43 ans, divorcée, deux enfants. Bac L en 1985. J'ai travaillé dans une banque, un cabinet
15 d'assurances avant de passer le concours. Mon père est retraité aide-soignant, ma mère
16 travaille dans les assurances.
17
18 CB : où en êtes-vous au niveau des compétences ?
19
20 D : oui, mais ça me semble normal : je me dis qu'on a encore un an. Moi ça m'inquiète pas
21 trop parce qu'on n'est jamais seul dans un service.
22
23 F : Quand on se tourne vers le passé, la 1^{ère} année, on se dit qu'on sait beaucoup de choses,
24 qu'on fait les liens plus facilement, que les révisions sont plus faciles ; après, c'est par rapport
25 aux soins.
26
27 C : on a souvent l'impression d'avoir fait moins que les autres.
28
29 M : j'ai vu certains soins, mais sans pouvoir les pratiquer, les réaliser. Et tout dépend des lieux
30 de stage où l'on est affecté.
31
32 C : les formateurs tiennent compte de nos manques, nos lacunes en quelque sorte, pour nous
33 affecter en stage, ils se réfèrent à notre carnet de stage.
34
35 D : en fait, l'objectif actuel serait plus l'organisation de la prise en charge d'un groupe de
36 patients et toutes les charges afférentes.
37
38 F : je suis beaucoup plus dans ça que dans le soin comme en 1^{ère} année.
39
40 C : on est plus dans la compréhension de ce qu'on fait : pourquoi on fait ça, dans quel but. Ce
41 n'est pas la même démarche.
42
43 F : on se dit que dans un an on sera infirmière, il faut qu'on puisse gérer un service,
44 l'administratif, le stock pharmacie. Ce n'est pas que le patient.
45
46 M : la technicité, je m'imaginai qu'un bilan sanguin c'était tout simple.
47
48 D : moi c'est la somme des connaissances qu'il faut avoir.
49
50 F : il me semblait que c'était un métier plus relationnel, qu'il y avait bien de la technique, mais
51 moins de connaissances à avoir sur les pathologies. Eh bien non. Avec un bac L, au début je
52 pensais que je ne serais pas capable de suivre les études. Je m'imaginai que pour être
53 infirmière il fallait être forte en maths.
54
55 C : j'ai été surprise par ça, qu'il y ait pas plus de gens qui fassent ce métier par vocation. Mais
56 je me dis que ce n'est pas parce qu'on ne le fait pas par vocation, qu'on sera une mauvaise
57 infirmière. Moi je me destinai à reprendre un cabinet d'assurances.
58
59 CB : Auriez-vous préféré faire vos études ailleurs ?

60 C : si j'avais été plus jeune, j'aurais préféré le faire dans une ville plus grande, où il y a un
61 CHU, pour la diversité des stages.
62

63 M : je pense que Dax est une bonne école. Elle a une bonne réputation, même à Bayonne.
64

65 F : moi je ne sais pas trop où je vais aller travailler : ici ou à Mont-de-Marsan. Je préférerais
66 le libéral. On part en stage bientôt, mais le stage risque de ne durer que deux semaines à cause
67 de la réquisition pour la campagne de vaccination contre la grippe A. Et certains ont une MSP
68 dans deux semaines. De toute façon on n'a pas le choix.
69

70 C : je pense que les équipes m'intègrent à cause de mon âge, ne me voient pas trop en tant que
71 stagiaire, qui doit apprendre. Et puis les personnes sont beaucoup plus indulgentes avec moi.
72 D'avoir repris des études à mon âge.
73

74 F : ça dépend des stages, parfois on nous dit qu'on fait partie complètement de l'équipe, et
75 d'autres fois on nous dit qu'on nous a pas vu pratiquement.
76

77 D : j'ai eu de bons stages, et aussi à cause de mon âge, être jeune, de sortir directement du bac.
78

79 C : tu es jeune mais tu es très mature.
80

81 *Appréhensions sur les responsabilités en tant qu'infirmière, et non plus stagiaire.*
82

83 D : moi, je ne me vois pas du tout en train d'aller faire un soin que je n'ai jamais vu. On est
84 toujours au moins deux dans un service quand même. C'est quand même un travail d'équipe.

Extraits E1 D3 G3 (44'49)

- 1
2
3 A : 23 ans, bac S, je voulais être sage-femme et j'ai fait et les deux premières années de
4 médecine sans succès. Ma mère est gérante de magasin, et mon père est commercial.
5
6 C : 34 ans, bac technique, aide-soignante à l'hôpital, financée par l'hôpital. Mon père est
7 garagiste, ma mère auxiliaire de vie.
8
9 L : 21 ans, bac ES, j'ai travaillé après le bac pendant un an comme animatrice de centres
10 aérés. Mon père est cadre à l'EDF, ma mère est aide-soignante et elle a intégré en début
11 d'année à l'IFSI Charles Perrens.
12
13 M : 45 ans, bac L, j'étais travailleuse familiale pendant une dizaine d'années auprès de
14 familles en difficulté, je suis aide-soignante depuis 97 dans une clinique à Mont-de-Marsan.
15
16 CB : quelle image de l'infirmière aviez-vous, et en quoi elle a changé ?
17
18 C : j'étais aide-soignante et je me suis retrouvée étudiante, stagiaire. Aujourd'hui, je
19 souhaiterais que le regard du personnel soignant sur les stagiaires change un peu. En 1^{ère}
20 année, on fait le boulot de l'aide-soignante et on suit l'aide-soignante, je trouve ça dommage.
21 Il y a des soins que l'on ne peut pas faire parce que certains membres du personnel restent sur
22 cette idée. Du coup, on se retrouve en 2^{ème} ou 3^{ème} année sans savoir-faire certains soins alors
23 qu'on a eu l'opportunité de les faire dans certains services.
24
25 CB : y a-t-il certains soins qui vous ont étonné ?
26
27 C : jusque-là, j'avais trouvé le concours très difficile, on croit que c'est le plus dur à faire, mais
28 en fait quand on est dans la formation, on se dit que le concours, c'est rien. Au fil des années,
29 je m'aperçois que les responsabilités sont énormes. Parfois je me dis que j'étais tranquille en
30 tant qu'aide-soignante.
31
32 L : je ne m'attendais pas à ce que l'infirmière prenne autant de temps à remplir les dossiers, les
33 papiers administratifs ; et je trouve que ça a des conséquences sur la prise en charge des
34 patients et surtout au niveau relationnel. Elle a beaucoup moins le temps que l'aide-soignante
35 pour aller voir le patient, ne serait-ce que pour discuter, savoir comment ça va.
36
37 M : je trouve que le statut d'étudiant n'est pas très confortable, d'autant que je n'ai plus 20 ans,
38 que je n'ai pas les mêmes capacités d'adaptation que les autres ont peut-être. C'est difficile de
39 s'adapter au nouveau stage. Je ne suis pas très surprise de la représentation de l'infirmière ;
40 mais j'ai l'impression que tout ce qui est la gestion administrative prend le pas sur tout le reste,
41 qu'il faut se couvrir derrière... Donc il faut écrire, écrire, écrire.
42
43 A : moi c'est la responsabilité : tout ce qu'on peut nous mettre sur le dos si ça ne va pas et puis
44 le temps qu'on passe à faire des papiers.
45
46 C : il faut une traçabilité.
47
48 CB : vous deux qui étiez aides-soignantes, qu'est-ce qui vous a attiré dans ce métier ?
49
50 M : il y avait une restructuration dans la clinique et le directeur incitait les aides-soignantes à
51 passer le concours infirmier. Et il s'engageait à obtenir le financement des études. En
52 parallèle, les enfants étaient grands et je disposais donc d'un peu plus de temps. C'était aussi
53 une valorisation, prendre le patient en charge différemment. Le côté technique, ce qu'en tant
54 qu'aide-soignante, je ne le faisais pas. Et je me suis dit que si je ne le faisais pas maintenant,
55 j'étais un peu vieille quand même. Mais je ne suis pas la plus âgée de la promo. (*Rires*). Même
56 si je ne me sens pas comme un dinosaure, il y a des moments où ça me pèse, comme là le

57 début de la 3^{ème} année... Heureusement il y a les jeunes à côté qui nous boostent. Moi les
58 jeunes m'ont beaucoup apporté.

59 C : j'avais tenté le concours infirmier en même temps que le concours aide-soignant en 1996.
60 J'avais envie d'évoluer, la technique m'attirait et j'ai donc retenté le concours.
61

62 L : au départ je voulais être éducatrice spécialisée. Je suis allée dans des forums, des salons, et
63 j'ai appris qu'ils prenaient rarement des jeunes qui sortaient du bac. Je me suis orientée vers le
64 concours infirmier, qui rejoint un peu celui d'éducateur, il y a en commun le social du patient.
65 Et le côté technique médical m'intéresse beaucoup aussi maintenant.
66

67 A : j'ai toujours voulu être puéricultrice. En troisième, j'ai fait un stage en maternité et j'ai vu
68 le travail de la puéricultrice, et j'ai eu la chance de voir un accouchement. J'ai adoré. Et je me
69 suis dit que je serai sage-femme. Ayant loupé médecine, je dis que je suis revenu à mes
70 premières amours. J'aime beaucoup ce que je fais, si je ne peux pas être puéricultrice, je serai
71 infirmière. J'envisage de passer le concours en suivant, d'enchaîner de suite. Moi je trouve
72 vachement courageux de reprendre des études à 30- 40 ans.
73

74 C : je n'ai passé que Dax comme concours, mais j'étais prête à aller s'il le fallait à Bordeaux.
75

76 CB : et au niveau de vos compétences ? Y a-t-il des soins que vous n'avez jamais faits par
77 exemple ?
78

79 M : ça dépend du cursus de stage de l'étudiant. Certains ont eu les deux premières années plus
80 de stages techniques que relationnels, et inversement. Moi je ne suis pas dans l'hyper
81 technicité, je ne suis pas demandeuse de stages très techniques comme la réanimation, mais je
82 vais être obligée d'y aller. Moi il me faut des stages un peu techniques mais où je peux aussi
83 discuter avec mon patient. Donc on n'est pas tous au même niveau.
84

85 C : moi ce qu'il me faut là, maintenant c'est partir en stage. J'ai besoin de bouger. Ça fait un
86 mois et demi qu'on a des cours intenses.
87

88 L : moi c'est l'organisation, la rapidité, la gestion d'un secteur, tout enchaîner avec simplicité,
89 en faisant des liens rapidement, en ayant toujours en tête ce qu'ont les patients. Avoir une
90 certaine dynamique. Et c'est le plus dur à obtenir je pense.
91

92 A : en 1^{ère} année, j'ai l'impression d'avoir eu de super stages, d'apprendre beaucoup de soins.
93 La 2^{ème} année rien. Je n'avance pas. J'aime le relationnel, mais je déteste la psychiatrie. Je suis
94 plutôt technique, j'aime les soins techniques. Et en 2^{ème} année j'ai fait beaucoup de stages de
95 psychiatrie : deux sur cinq. Et pour moi c'est beaucoup. C'est sur l'organisation que je vais
96 porter mes efforts. Me rassurer en se disant qu'on n'aura jamais tout vu avant la fin. Et ça me
97 fait un peu peur quand même ça.
98

99 M : en tout cas, avoir vu les soins les plus courants. Après il y a des soins très spécifiques
100 selon les services. On ne peut pas tous les voir.
101

102 L : ne pas avoir vu certains soins, ce n'est pas ça qui me fait peur. Il y a toujours une
103 infirmière dans le service, dans le service à côté. Ce que j'appréhende vraiment, c'est
104 l'organisation, me laisser déborder par le travail, les urgences qui peuvent arriver. Peur de
105 mettre en danger le patient, de ne pas penser à certaines choses.
106

107 CB : avez-vous rencontré des étudiants d'autres IFSI ? Mont-de-Marsan, Orthez, Bayonne
108

109 A : en 1^{ère} année, j'étais en stage de psychiatrie avec un étudiant de Mont-de-Marsan qui passé
110 son diplôme, et il m'a étonné par son calme, il était zen. Mais je crois que ça tient à l'étudiant
111 et pas tellement à l'IFSI.
112

113 CB : et ça marché pour lui ?
114

115 A : non. *Éclats de rires.*
116
117 CB : et vous, à l'IFSI de Dax ?
118
119 C : Ce que j'entends de l'extérieur, c'est qu'apparemment c'est une bonne école, peut-être un
120 peu scolaire. Mais certains stages sont contents de voir arriver des élèves de Dax. Hors
121 département, ils nous sentent plus préparés, on a plus de connaissances, par exemple que
122 Mont-de-Marsan.
123
124 M : ce que je trouve difficile, c'est la pression qu'ils nous mettent. Peut-être qu'on en rajoute
125 un peu. C'est la 3^{ème} année et j'en ai assez vraiment. Je pense que la formation est de qualité
126 effectivement.
127
128 L: je pense que ça dépend des étudiants et comment chacun s'approprie la formation.
129
130 A : c'est comme C. C'est une bonne école, quand j'arrive en stage, je ne suis pas larguée. C'est
131 bien ici. Par contre il y a beaucoup de pression pour amener tout le monde au bout. À Mont-
132 de-Marsan, ils amènent tout le monde au diplôme et certains se plantent ; à Dax, il y a une
133 sélection sur les trois ans et donc c'est plus dur pour nous, mais la majorité des gens qu'ils
134 amènent au diplôme l'ont. Je trouve que c'est un bon fonctionnement.
135
136 L: par contre, ma mère faisant ses études à Charles Perrens, je trouve que les cours là-bas sont
137 beaucoup plus étoffés, complets, qu'il y a beaucoup de connaissances dont certaines à mon
138 avis ne servent à rien pour la pratique infirmière, mais le niveau est plus haut là-bas : ils ont
139 beaucoup de cours par exemple sur l'atome...
140
141 CB : c'est le nouveau référentiel.
142
143 A. Ce que j'entends du nouveau programme, je suis contente d'être où je suis, ils n'ont même
144 plus de MSP.
145
146 M : moi je trouve que c'est mieux qu'il y en ait plus.
147
148 A : moi, je trouve que c'est important, c'est un point de repère avant le diplôme.

Extraits E1 D3 G4 (45'44)

- 1
2
3 N : 48 ans, CAP employé de bureau, mariée, je suis rentrée à l'hôpital comme agent
4 hospitalier à 29 ans, puis comme aide-soignante. J'ai suivi une mise à niveau. Ma mère est
5 retraitée sage-femme, mon père retraité conducteur de travaux.
6
7 M : 30 ans, bac SMS, DEUG de psycho, j'ai travaillé comme moniteur éducateur sur
8 Bordeaux puis j'ai fait la VAE. Ma mère est auxiliaire de vie, mon père ouvrier d'usine.
9
10 J : 21 ans, bac SMS, prépa. Ma mère est mère au foyer, mon père directeur d'entreprise. Je
11 suis de Bordeaux.
12
13 O : 20 ans, bac SMS, mon père est boucher et ma mère est au RMI.
14
15 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer ? Qu'est-ce qui a changé ?
16
17 N : je travaillais avec des infirmières mais je ne percevais pas les responsabilités qu'elles
18 avaient. Je faisais mon travail d'aide-soignante, je me reposais beaucoup sur les infirmières.
19 Par contre je les enviais pour leurs connaissances, leur aisance au moment des transmissions.
20
21 M : mon projet professionnel est de travailler en psychiatrie. L'infirmière était une personne
22 soft, sage, limite religieuse. Et c'est moins soft, beaucoup plus de contraintes matérielles,
23 organisationnelles. Les responsabilités ne m'inquiètent pas. Il y a les collègues et le médecin
24 au-dessus. Et une équipe.
25
26 O : ma mère et ma grand-mère ont été très malades, et je voyais l'infirmière venir les voir.
27 C'est le côté technique qui m'intéressait. Et non toute la partie administrative qu'on a à faire.
28 Ce qui me pose problème, c'est la limite entre la profession infirmière et profession médicale.
29 Au niveau des connaissances, et parfois aussi dans les services où on nous demande de faire
30 des choses qui ne sont pas de notre rôle. Et je crois qu'il y a une évolution où on va faire de
31 plus en plus de choses médicales. Même à l'école, il nous donne beaucoup d'informations et
32 on se demande ce qu'on va faire avec tout ça. Parfois ça va un peu trop loin.
33
34 J : mon projet est d'être puéricultrice. Au début ce que j'appréhendais c'était la technique. En
35 plus, aujourd'hui je me rends compte qu'on a beaucoup de responsabilités, beaucoup de poids
36 qui repose sur nos épaules. Il faut faire le tri entre toutes les connaissances, faire les liens.
37
38 O : parfois je me dis que j'ai déjà oublié ce que j'avais appris en 1^{ère} année. On pose une
39 question à une infirmière et elle connaît la réponse !
40
41 CB : quels sont les compétences que vous souhaitez améliorer ?
42
43 N : la technique, la dextérité et la rapidité du geste. Ces soins que l'on ne fait vraiment pas
44 beaucoup : retirer une lame par exemple. J'aurais besoin de pratiquer.
45
46 O : moi, la prise en charge globale. En stage, on est infantilisé, on fait les soins
47 ponctuellement mais tout ce qui sont les charges afférentes on ne les fait pas. Même les
48 transmissions. Après je vais avoir des patients, et je ne sais même pas comment on fait un bon
49 de sortie. Prendre en charge 10 patients, c'est facile si on ne fait que les soins techniques ;
50 mais globalement, avec des charges afférentes, c'est autre chose.
51
52 J : moi ça serait faire plus de liens entre la physiopathologie et les conséquences pour le
53 patient, physiques ou psychiques. Autre chose : on a des cours sur comment rassurer le
54 patient, mais moi je trouve que c'est pas évident, que c'est difficile ; parfois je reste sans rien
55 dire. Comment faire ?
56
57 M : moi aussi c'est la technique. Je suis pas du tout à l'aise, ça tombe bien puisque je veux
58 travailler en psychiatrie. En plus, je ne me sens pas du tout capable de prendre en charge un

59 service dans un an. J'aimerais gagner en assurance. Ça ce n'est pas à la formation de le faire.
60 J'étais plus confiante en 1^{ère} année que maintenant
61

62 O : dès le premier stage de formation, l'infirmière m'avait mise en confiance en me faisant
63 faire beaucoup de soins.
64

65 M : on remplit un carnet de stage, où l'on peut noter nos difficultés et nos ressources. Et là je
66 pars en bloc. C'est peut-être le hasard.
67

68 CB : quels autres concours avez-vous présenté ?
69

70 Ensemble : Auch, Orthez, Toulouse, Marmande
71

72 CB : êtes-vous satisfaits de votre choix pour ici ?
73

74 *Silence et rires.*
75

76 O : d'emblée, on sait que les formateurs ont des chouchous. Il y a une formatrice qui nous
77 montre si elle nous aime ou nous aime pas. Si on l'a en MSP, on sait qu'elle va nous casser. Ce
78 n'est pas équitable. On peut redoubler notre année parce qu'on ne plaît pas à un formateur.
79

80 M : elle est entière, moi je l'ai eu en MSP elle ne regardait même pas ce que je faisais. C'était
81 trop.
82

83 J : moi j'y ai échappé.
84

85 M : on a un accompagnement pédagogique, mais ce qui nous manque c'est un
86 accompagnement objectif.
87

88 CB : oui...
89

90 M : ils nous suivent pour les TFE, les cours... Mais ils vont dire : « ah la la ! J'ai M ! » Ce
91 n'est pas sur le travail objectif de l'élève, mais sur l'élève. Ils évaluent la personne et non pas
92 le travail de cette élève.
93

94 J : je pense que ça dépend vraiment des profs.
95

96 O : avec certains, la formation est infantilisante.
97

98 J : je me mets à la place de l'infirmière, je ne laisserai pas faire l'étudiant tout seul le soin.
99 Après, quand elle a vu qu'on sait le faire, c'est bien qu'elle laisse seul pour qu'on prenne
100 confiance en nous. Et puis ça dépend de la personnalité de l'étudiant.
101

102 CB : vos proches ont-ils trouvé que vous aviez changés en deux ans ? (*Éclats de rires*)
103

104 M : je suis devenue pire. Plus tendue, énervée... En fait, je pense que j'étais plus naïve en 1^{ère}
105 année que maintenant.
106

107 O : il y a une déformation professionnelle aussi. On sait tout de suite ce qu'il faut faire par
108 exemple lors de petits incidents. Ou alors je regarde les veines de tout le monde, de mon
109 copain, et je dis que celle-là doit être drôlement bien. (*Éclats de rire*)
110

111 J : moi c'est au niveau du comportement que j'ai changé. Avant, j'étais réservée ; je suis plus
112 ouverte maintenant, plus confiante en moi.
113

114 M : moi qui ai travaillé, la 1^{ère} année c'était très difficile.
115

116 *Discussion sur les sujet de TFE, « un sujet sur la culture, c'est impossible à Dax ; on m'a*
117 *répondu que l'hôpital de Dax ne formait pas des gens pour aller travailler en Afrique. »*

Extraits E2 D3 G1 (48'17)

1
2
3 Tous : C'est pire, on est en train d'organiser un suicide collectif. Les affaires ne s'arrangent
4 pas.
5

6 MA : je suis abattue, noyée, il y a trop de choses. Il y a le mémoire à rendre le mois prochain.
7 Les stages s'enchaînent, sans logique. Résultat je perds un an de stage. Du coup, je me sens
8 pas prête du tout à être diplômée. Il y a plein de choses que je n'ai jamais faites, que je ne sais
9 pas. Par exemple le sondage vésical que j'ai posé une fois en urgence avec le médecin. Autre
10 exemple : fin de 3^{ème} année j'ai fait un bilan sanguin, sur trois stages. C'est effarant. Et
11 l'équipe s'en fout, ils ont des cases à remplir c'est tout. Ils ne se parlent pas.
12

13 M : je ne crois pas qu'ils s'en foutent, mais il y a eu le départ à la retraite d'une et celle qui la
14 remplace est jeune. Ils se cherchent.
15

16 *Brouhaha.*
17

18 H : on ne change pas quelqu'un qui a 30 ans de métier par quelqu'un d'inexpérimenté. Elle
19 aurait dû commencer par la première année. Elle est écrasée par certains de ses collègues. Il y
20 a un manque de cohérence dans l'équipe enseignante.
21

22 *Discussion sur le positionnement d'une formatrice concernant la passation du questionnaire.*
23

24 MA : à l'entretien de début d'année, on avait peur de cette 3^{ème} année, et on avait raison, on est
25 infantilisé alors que l'équipe de 2^{ème} année nous prenait quand même pour des professionnels.
26

27 H : on nous serine qu'on va être des professionnels, et à l'école on est des niveaux CE2. On
28 émerge toutes les heures et demie, de 8h30 à 17h00. C'est pénible.
29

30 P : ce qui me sidère, ce sont les écarts qu'il y a entre ce qu'on nous dit de faire en stage et ce
31 qui se fait ici. Il y a des jeux de pouvoir. Et les règles sont fluctuantes.
32

33 *Discussion sur l'organisation de fin d'année (MSP, TFE.) qu'ils trouvent insatisfaisante.*
34

35 CB : vous ne vous sentez pas accompagnés.
36

37 H : j'ai une amie qui a fait ses études à Mont-de-Marsan, elle a le même âge que moi environ,
38 et j'ai l'impression qu'on n'a pas fait la même formation. Elle n'a pas vécu cette oppression
39 qu'il y a ici, il n'y a pas de répit, pas de liberté, on ne tient pas compte de nos projets
40 professionnels. Ce qui fait que pour les choix des stages pré-professionnels et du diplôme, on
41 est très stratégique, dans le sens où ils ne nous envoient pas où on souhaite aller.
42

43 *Discussion sur le choix des stages DE.*
44

45 H : le 6 novembre tout est fini d'une manière ou d'une autre, de toute façon, j'arrête si je n'ai
46 pas le diplôme. Je ne redoublerai pas. Je suis détruite à cause de cette pression soi-disant
47 pédagogique pour donner le meilleur de nous-mêmes. Et on a tous pris 15 kg. (*Rire nerveux*).
48 Il y en a qui boivent dont un de façon chronique.
49

50 P : je suis sortie de la 2^{ème} année en me disant, je suis prête. Et là, aujourd'hui je ne suis pas
51 prête du tout. Il ne faut surtout pas que je sois infirmière. Je pars en chirurgie alors que mon
52 dernier pansement, date du premier stage de 1^{ère} année. Je n'ai fait aucun stage de chirurgie en
53 2^{ème} année je vais me faire cartonner, à six mois du DE.
54

55 MA : tout le monde est tendu : il suffit d'une étincelle pour que ça clashe, on déverse notre
56 colère sur le voisin.
57

58 M : on n'a pas tous les mêmes chances, par exemple dans le suivi du TFE.
59

60 *Expression de la part des étudiants d'un mal-être, d'une déstabilisation*
61
62 CB : que pensez-vous de la formation dispensée ici ?
63
64 H : on a une bonne formation théorique, on a quelques professeurs compétents. Par contre on
65 n'a pas fait de TP de l'année. On ne s'intéresse pas à ce que l'on était avant, même on s'en sert
66 pour nous déstabiliser.
67
68 M : on ne se pose même pas cette question.
69
70 MA : on n'a pas l'effet miroir des formateurs : concernant le savoir-être, quand je vois qu'on
71 me parle mal, que l'on arrive en retard, systématiquement, quel exemple ai-je ?
72
73 CB : quelle infirmière pensez-vous que vous allez être ?
74
75 MA : je ne me pose pas cette question. Je me demande : est-ce que je vais être infirmière ?
76 Qu'est-ce que je vais faire de ma vie ?
77
78 H : moi je compte prendre des vacances, longues, ne pas aller travailler tout de suite après les
79 résultats du diplôme.
80
81 P : c'est une formation difficile, tout le monde en a conscience, et on n'est pas aidé. Il y a une
82 très mauvaise ambiance. Autant en stage qu'à l'école, on subit les humeurs des infirmières, des
83 cadres ; et on ne peut rien dire.
84
85 M : je suis arrivée à un tel état de stress, je suis une véritable cocotte, il suffit d'un rien pour
86 que ça explose. Et ce n'est pas normal qu'on en arrive là.
87
88 *Approbation des autres.*
89
90 CB : avez-vous eu en début de formation la distribution du projet pédagogique ?
91
92 Tous : (*Éclats de rire*). De toute façon, ici il n'y a pas de valeurs. Ça n'existe pas.

Extraits E2 D3 G2 (29'40)

- 1
2
3 M : j'ai hâte de finir l'année et en même temps pas trop, hâte de finir les cours. On se dit que
4 bientôt on gèrera les médecins, les patients, les familles et je ne me sens pas prête à gérer le
5 service avec les papiers administratifs et tout.
6
- 7 F : il me tarde la fin des cours, de rentrer chez soi et de ne plus avoir à travailler. En même
8 temps, on passera un cap, la vie étudiante sera terminée. Moi non plus je ne me sens pas prête.
9
- 10 C : hâte, peur de finir, de ne pas avoir les compétences ; hâte de vivre une vie normale, ça m'a
11 demandé beaucoup de sacrifices. Je côtoie des gens de mon âge, qui ont un travail, des
12 enfants qui sont grands, qui ont plus de loisirs. J'ai l'impression d'apprendre en décalage, j'ai
13 refusé des invitations. Je n'ai pas pu aller aux fêtes de Pampelune ce week-end, non pas parce
14 que j'avais trop de travail, mais parce que je sais que j'aurais mis trois jours pour récupérer.
15
- 16 D : je suis pressée de finir aussi. Je relativise de travailler dans un service, je vois que après
17 un mois de stage on n'y arrive à peu près, que d'autres sont passés avant nous et ont réussi, et
18 puis on s'habitue au service, à son fonctionnement : organisation, charges afférentes. Et puis
19 on n'est jamais seul dans un service.
20
- 21 C : et puis même si on est toute seule dans le service, il y a des aides-soignantes qui ont
22 parfois de l'expérience, plus que nous, il faut compter sur ces personnes-là pour nous aider.
23
- 24 D : ce qui me fait peur, c'est de ne pas pouvoir penser à tout. Et puis on stressera autant quand
25 dans notre vie professionnelle, on passera d'un service de chirurgie viscérale à l'hématologie,
26 ou à un autre service de médecine.
27
- 28 *Mécontentement, déception de certaines de leurs lieux de stages.*
29
- 30 F : moi je n'ai aucun de mes trois choix. Je vais en médecine. C'est sur l'hôpital. C'est le seul
31 stage que l'on peut choisir, car pendant trois ans tous les autres stages sont imposés, on peut se
32 faire plaisir donc, et au final c'est encore imposé. Il n'y a pas assez de lieux de stage, et puis il
33 y avait aussi beaucoup de demandes en chirurgie. On n'est pas tous égaux vis-à-vis des stages
34 : il y a des stages qui sont beaucoup plus formateurs que d'autres. Et à la fin de la formation,
35 en parlant avec d'autres on se sent nul.
36
- 37 C : tout dépend de ce qu'on veut apprendre. Si ton objectif de la formation, c'est d'apprendre
38 des soins techniques...
39
- 40 F : non, c'est surtout par rapport aux papiers administratifs.
41
- 42 C : on a toujours tendance à se comparer les uns avec les autres.
43
- 44 M : quand je fais le bilan des soins qui me restent à acquérir, il y en a beaucoup : le sondage
45 vésical, la pose de voie veineuse périphérique, il me reste pas mal de soins à approfondir.
46
- 47 CB : le sondage vésical, ce n'est peut-être pas le bon exemple : c'est un soin qui se raréfie
48 dans les services, les sondages s'effectuent plutôt au bloc.
49
- 50 M : la pose d'une aiguille de Huber dans une chambre implantable aussi.
51
- 52 C : tu arrives en oncologie, tu ne sais pas poser une perfusion sur CIP, mais tu sais faire plein
53 d'autres choses donc tu seras à l'aise sur ça, et tu n'auras aucun soin à apprendre. Et tu
54 l'apprendras beaucoup plus rapidement que quand tu étais en 2^{ème} ou 3^{ème} année.
55
- 56 F : on s'inquiète beaucoup parce qu'on se projette. C'est aussi positif.
57
- 58 D : on ne se rend pas compte que c'est fini, après les vacances on ne se reverra pas.
59

60 M : c'est surtout les relations entre nous qu'on regrette, qu'on se reverra plus comme
61 maintenant, que les unes et les autres on va partir travailler dans des endroits différents. Je
62 n'arrive pas à me dire que dimanche c'est la dernière fois que je rentrerai chez moi avec le sac
63 plein de linge sale.

64
65 CB : êtes-vous satisfaits d'avoir fait dans vos études ici ?

66
67 Tous : oui

68
69 M : c'est une petite ville, où on n'est pas poussé à faire la fête le soir.

70
71 F : à l'école, on a eu de bons intervenants, l'équipe nous oblige à travailler.

72
73 C : après, on ne sait pas comment ça se passe dans les autres écoles. Moi je suis allée à
74 Bordeaux au Tripode, dans un service de neurochirurgie, et j'ai vu une étudiante de première
75 année faire des soins que moi je n'avais jamais faits.

76
77 D : moi j'ai une copine qui a fait ses études à Bordeaux, quand elle est revenue pour travailler
78 ici côté technique ça allait, mais pour le relationnel ce n'était pas ça, nous on est beaucoup
79 plus proche du patient.

80
81 C : les patients ne sont pas les mêmes ici et à Bordeaux.

82
83 M : à Bordeaux on demande le côté technique ; à Dax, les patients n'ont pas les mêmes
84 demandes.

85
86 *Discussions sur leurs différents projets professionnels, la soutenance du TFE.*

Extraits E2 D3 G3 (29'40)

1
2
3 CB : Quels changements depuis que nous nous étions vus?
4

5 A : Je ne me sens pas prête, il y a plein de choses que je n'ai pas acquies, des soins assez
6 banals. Même si je me dis que je ne serai pas toute seule, je ne me sens quand même pas
7 prête. Pour les soins que je n'ai pas vus : les voies veineuses centrales, les CIP, les soins de
8 stomie digestive, les trachéotomies ; je les ai vus en théorie mais jamais en pratique. Des
9 perfusions périphériques je ne sais pas trop les poser, je ne les maîtrise pas du tout, un jour sur
10 deux. Et c'est quand même la base de la profession. C'est le premier geste qu'on fait quand un
11 malade arrive dans un service.
12

13 CB : vous souhaiteriez six mois supplémentaires ?
14

15 A : ah non ! Je n'en peux plus non plus. Mais c'est là qu'on se rend compte de l'importance du
16 parcours de stage dans la formation. J'ai eu de la chance de faire un stage avec des toxicos : je
17 leur ai fait le café, je les ai aidés à chercher un appartement, et j'ai compté jusqu'à 48 pour leur
18 distribuer des boîtes de méthadone pour la semaine.
19

20 CB : dans ce stage, vous n'avez pas posé de perfusions mais vous avez développé d'autres
21 capacités.
22

23 A : Ah ça ! Je suis forte pour trouver des appartements sur Internet. La seule chose que je
24 retiens de ce stage, c'est que si on a l'envie de parler, on parle ; si on n'a pas envie de parler,
25 on ne parle pas.
26

27 N : j'attends beaucoup de mon stage pré professionnel. J'ai remarqué que c'est au bout des
28 quatre semaines de stage que l'on arrive à faire un petit peu plus, un peu mieux, les soins
29 techniques. On y va, on se pose moins de questions. Et au moment où ça va, on repart en
30 cours. Et le stage suivant, on recommence le processus. Alors que sur un stage pré
31 professionnel de trois mois, ça sera mieux pour se mettre dans le bain. Pour être à l'aise dans
32 l'environnement, dans l'organisation, d'un savoir-faire. Sinon, je ne sais pas comment je
33 pourrais passer le DE après juste quatre semaines de stage.
34

35 A : je suis d'accord. J'ai demandé la chirurgie mais comme on énonce trois choix, on ne sait
36 pas si on aura un de nos choix. On aura peut-être un service qu'on n'aura pas choisi : en
37 chirurgie, il y a peu de stages proposés.
38

39 N : ce que j'ai à améliorer, c'est l'organisation mais aussi les soins techniques, parce qu'on ne
40 pratique pas beaucoup. Ce n'est pas tous les jours. J'ai été au bloc, donc j'ai posé des
41 perfusions tous les jours ça va. En 1^{ère} année, j'ai aidé à la pose de voie veineuse centrale et de
42 CIP.
43

44 C : au niveau soins je n'ai pas à me plaindre. Mais je n'ai jamais posé de sonde gastrique. Les
45 soins techniques de base ça va.
46

47 M : je suis très contente d'arriver au terme de cette formation car je suis un peu épuisée. J'ai eu
48 des stages où j'ai pu apprendre, je ne me sens pas déficitaire même si c'est toujours à
49 perfectionner. J'ai très envie de passer à autre chose. La seule crainte, c'est au niveau de mes
50 responsabilités, de la gestion du service. Il y aura certainement des moments difficiles mais il
51 me tarde quand même de passer à autre chose. Je disais déjà ça en début d'année et ça ne s'est
52 pas arrangé. Je sature : j'en ai assez de cette pression de l'école. Ça me manque les collègues
53 de travail, l'ambiance de travail, où on se sent bien. Ne plus partir d'un stage au bout de quatre
54 semaines, au moment où on se sent bien.
55

56 C : dans les stages, ça dépend des soignants : ou ils nous lâchent parce qu'on est en 3^{ème}
57 année, ou ils nous suivent et il faut qu'on fasse nos preuves.

58 M : ça dépend des soignants mais aussi des services : il y a des lieux de stages qui sont plus
59 exigeants comme l'hématologie, l'hôpital de jour ; là j'ai eu la pression il a fallu que je
60 reprouve tout.
61

62 C : en arrivant en stage, on pose nos objectifs, on les montre à l'équipe et on essaie de les
63 atteindre. Je suis contente de terminer, mais je sais ce qui nous attend après. On sait que ça va
64 être dur. Là on est protégé avec notre statut de stagiaire. Ça va faire bizarre après. Quand on
65 ne sait pas, on dit : « attendez, je vais voir l'infirmière ». Maintenant l'infirmière c'est moi.
66

67 M : je ne sais pas où je veux aller travailler ; d'abord je vais finir ma formation. Et après je
68 verrai.
69

70 A : moi je veux faire puéricultrice. Là, j'en ai plus envie, tellement j'en ai ras-le-bol de tout.
71 Mais si je ne le fais pas maintenant je ne le ferai jamais.
72

73 CB : votre image de l'infirmière a-t-elle changé ?
74

75 N : moi non j'étais aide-soignante avant, je voyais les responsabilités qu'elle avait.
76

77 C : moi je suis impressionnée par toute cette paperasse, cette perte de temps auprès du patient,
78 par rapport à mon ancienne profession où l'on était près du patient le plus longtemps possible.
79 Il va falloir la remplir cette paperasse. Mais ça me dérange de rester au bureau, au lieu d'être
80 près du patient.
81

82 M : effectivement, ça prend beaucoup du temps de l'infirmière ; et puis, aujourd'hui, les
83 soignants ont un peu peur des représailles, ils se protègent donc ils écrivent beaucoup. Au
84 détriment du temps des patients. Mais j'espère que je pourrais travailler en équipe, je l'ai
85 expérimenté avant et on fait du bon travail en binôme. Dans l'intérêt du patient.
86

87 N : (*Soupire*) mais ça dépend aussi de toi, j'ai vu des infirmières qui étaient seules.
88

89 A : je n'avais pas trop d'images, avant, de l'infirmière. Parfois le travail d'équipe se réduit à
90 aider à tourner le patient c'est tout. C'est un joli mot. Il n'y a pas de cohésion entre l'infirmière
91 et l'aide-soignante. Ou alors ce n'est pas vraiment centré sur le patient, ça existe toujours. Ça
92 m'a heurté parce que je suis arrivée avec un idéal. Il n'y avait pas de prise en compte de la
93 personne. Il y a un minimum de respect à avoir.
94

95 C : je trouve que j'ai un nouvel œil sur beaucoup de choses, des choses que j'ai peut-être faites
96 et que maintenant ça me dérange d'avoir fait. Par exemple parler avec la personne. Ou alors,
97 on a l'habitude et on ne fait plus attention à ce qu'on dit et comment on le dit. Du coup, je suis
98 partisane de changer de service régulièrement, de se remettre en question, de bousculer les
99 habitudes. On ne s'en rend même plus compte. Je me demande toujours : et moi comment je
100 réagis ? J'essaye de faire les soins comme j'aimerais qu'on me les fasse.
101

102 M : néanmoins, un soignant est un humain. On travaille parfois avec ses tripes, et on renvoie
103 quelque chose qui n'est pas très professionnel. À certains moments oui, à d'autres non.
104

105 C : du coup, la formation m'a fait réfléchir sur la maltraitance, la négligence, que j'ai pu moi-
106 même parfois exercer sans m'en rendre compte.
107

108 N : j'ai travaillé en gériatrie. Je crois que c'est aussi propre à chacun, comment on envisage le
109 soin, la personne. On a fait des bêtises, des impairs. Ce qui est important c'est comment on les
110 regarde maintenant.
111

112 M : c'est vraiment la capacité à se remettre en question, se dire que là ça va vraiment pas du
113 tout. C'est un travail où il faut beaucoup d'humilité, ne pas partir avec beaucoup de certitudes,
114 connaître ses limites.
115

116 A : je me dis que penser comme ça, c'est une avancée par rapport à certains que ça n'effleure
117 pas du tout. Et je me dis, en les voyant, que je ne serai jamais comme ça. Personnellement,
118 j'espère que je garderai ces deux capacités à me regarder travailler, à juger mon travail.
119

120 C : c'est pour ça que je trouve qu'il faut changer de service régulièrement. Quand on
121 s'encroûte dans un service, on finit par faire les choses par habitude, et on est moins bon
122 soignant.
123

124 CB : et par rapport aux autres étudiants comment vous situez vous ? Pensez-vous être bien
125 formés par rapport à eux ?
126

127 C : en tout cas c'est ce qui se dit. C'est la réputation de Dax, de l'extérieur. Parce que nous, on
128 s'en voit. (*Rires*) je me suis retrouvée en stage avec un étudiant de Pau : j'ai trouvé un grand
129 fossé entre nous, il y avait l'âge, mais A. a le même âge, et en plus, il était je-m'en-foutiste,
130 c'était un jeune homme.
131

132 A : on a besoin de garçons dans notre profession, mais parfois les services leur laissent passer
133 des choses qu'ils ne nous laissent pas passer.
134

135 M : par rapport au contenu de la formation, les éléments perturbateurs de la 1^{ère} année, il y
136 avait des garçons, ils ont été éliminés, poussés à l'extérieur. Mais on n'a pas de comparaison.
137 On a quand même l'impression qu'ici, il y a de la rigueur qui tient.
138

139 C : après, si ça ne va pas en théorie et en pratique, c'est problématique.
140

141 A : quand les professeurs viennent nous voir en MSP, il y a quand même notre conduite en
142 cours et les notes théoriques qu'ils ont en mémoire.
143

144 CB : pensez-vous que les formateurs parlent de vous en disant « celui-ci est perturbateur,
145 celle-là ça va » ?
146

147 N : oui, même si c'est inconscient de la part des formateurs, ils le font. Et puis, il y en a avec
148 qui ça accroche et d'autres pas du tout.
149

150 M : ce sont trois ans qui bouleversent une vie, et je ne recommencerais pas.
151

152 A : moi ça ne bouleverse pas ma vie, c'est le cursus scolaire normal.

Extraits E2 D3 G4 (27'28)

- 1
2
3 O : un peu stressée, à la fin de la formation, car je me sens pas très professionnelle. Du fait de
4 prendre des initiatives, des décisions, plus personne vers qui se tourner.
5
6 J : je ne réalise pas encore qu'au mois de novembre je serai infirmière.
7
8 L: au dernier stage, on m'avait donné un secteur avec 17 patients, parfois c'est à tâtons qu'on
9 répond aux gens. C'était en gériatrie. Et c'est valorisant que les aides-soignantes viennent me
10 demander quelque chose. Et puis les infirmières dans certains services comme la gériatrie,
11 sont là depuis longtemps, connaissent les protocoles sur le bout des doigts, elles savent tout.
12
13 JU : je suis content d'arriver à la fin de la formation, c'est aussi le départ d'autre chose. Pour
14 les responsabilités, j'ai aussi l'intention de me reposer sur l'équipe, si on travaille correctement
15 en équipe, on pourra pallier les lacunes qu'on a. L'équipe est là aussi pour nous aider. Je ne
16 suis pas spécialement inquiet ; stressé, oui un peu. J'ai hâte de me confronter à la réalité
17 concrète du terrain. Gérer 10 ou 20 patients, la différence, c'est l'organisation, l'anticipation de
18 la charge de travail.
19
20 O. Je suis très stressée parce que mon dernier stage ne s'est pas très bien passé, j'étais
21 vraiment cassé psychologiquement, j'avais l'impression de n'être bonne à rien. Je ne pouvais
22 pas prendre assez de recul, et je prenais tout pour moi : rien n'allait, ni les soins ni les
23 transmissions rien.
24
25 L: d'autres étudiants sont passés dans le même service et ont eu des problèmes avec la même
26 infirmière. C'est elle qui a des soucis.
27
28 CB : y a-t-il des soins que vous n'avez jamais faits?
29
30 O : Moi je suivrai les protocoles.
31
32 J : il y a des soins avec lesquels on n'est pas très à l'aise, vers lesquels on va en reculant : moi
33 c'est la perfusion. C'est un soin que je n'aime pas.
34
35 JU : je ne pense pas qu'on puisse être bon pour tout, performant sur tous les soins. On part
36 avec des bases et ensuite, c'est la responsabilité de chacun d'apprendre un peu plus. On doit se
37 faire confiance à un moment donné.
38
39 L: même avec les capacités d'adaptation qu'on a pu apprendre et développer, moi j'ai des soins
40 qui me font peur comme les soins d'urgence. Par exemple, si le médecin me dit que ce patient
41 est en occlusion, qu'il faut que je lui pose rapidement une sonde gastrique, je n'ai pas le temps
42 d'aller voir le protocole, ça me stresse.
43
44 J : moi je n'ai jamais posé de sonde gastrique.
45
46 JU : le diplôme, c'est comme le permis de conduire. On est juste dégrossi, on n'est pas
47 compétent. On fera toujours référence aux bases : sécurité, asepsie, hygiène...
48
49 L: mais c'est que le métier d'infirmières est très, très varié avec une palette de services, de
50 soins. C'est énorme ce qu'on nous demande au niveau du savoir, du savoir-faire, du savoir-
51 être. Il y a beaucoup de connaissances à avoir.
52
53 O : on apprend beaucoup de choses, mais on ne les utilisera pas tous les jours : on ira
54 travailler dans un service particulier, avec des soins spécifiques, et les autres soins on les
55 verra beaucoup moins. On sera compétent dans le domaine où l'on travaille.
56

57 L: mais moi je préférerais bouger, changer de service régulièrement, et puis après je me
58 poserais peut-être à 40 ans. Certains ont des projets très définis comme le libéral par exemple.
59 Moi non.
60

61 O : c'est plus rassurant d'être dans un service que de bouger comme ça.
62

63 L: je pense que c'est le contraire, c'est rassurant de voir des choses différentes tout le temps.
64

65 JU : je compte faire de l'intérim, pour être confronté à des situations différentes et pour gagner
66 de l'argent rapidement, la première année. Pour voir aussi ce qui me plaît, ce qui me plaît pas,
67 pour affiner mon choix.
68

69 J : je veux être puéricultrice. Si je n'ai pas mon concours, j'irai travailler et je prendrai ce qu'il
70 y aura.
71

72 O : J'aime bien la chirurgie, le libéral et aussi la psychiatrie.
73

74 CB : êtes-vous satisfaits d'avoir fait vos études ici ?
75

76 J : on ne peut pas comparer. J'avais tenté Dax parce que j'avais eu des échos que c'est une
77 petite école et que c'était bien.
78

79 JU : je n'ai présenté que Dax
80

81 L: j'aurais préféré Bordeaux, la 1^{ère} année a été une grande déception. J'étais loin de chez moi.
82 Trois ans c'est long. Au final, je ne regrette pas. Ça m'a permis de découvrir une autre ville.
83 De faire des connaissances. Il y a une certaine convivialité qu'on ne retrouve pas dans certains
84 IFSI. Je connais des filles qui sont dans les IFSI de Bordeaux et qui ont des relations très
85 distantes et très froides avec leurs professeurs, ce qu'il y a beaucoup moins ici.
86

87 O : moi j'étais contente de partir de chez moi, où que ce soit.
88

89 JU : en 3^{ème} année, il y a une équipe de profs vraiment super. Il y a quelque chose de curieux :
90 en 1^{ère} et 2^{ème} année, il y avait une trentaine de rattrapages et en 3^{ème} année aucun. Sans
91 travailler plus, ma moyenne théorique a augmenté. Je m'interroge. Les formateurs seraient-ils
92 beaucoup plus sévères en début de formation ? Tout d'un coup, on est tous super bons.
93

94 L : cette année, les sujets des évaluations sont plus sur la pratique, ce sont des cas concrets.
95 Ce sont des questions de réflexion.

Extraits E1 B3 G1 (26')

1
2
3 C : 21 ans, bac S à option SVT et handball, les parents sont éducateurs spécialisés. J'ai fait
4 une première année de médecine. Je voulais tenter kiné.

5
6 A : 22 ans, bac ES et un bac allemand en parallèle, première année en langues étrangères
7 appliquées, j'ai préparé le concours pendant un an. Ma mère est prof d'anglais et mon père
8 attaché de direction import-export.

9
10 M : 22 ans, bac L cinéma, première année de sociologie, j'ai commencé un BTS de publicité
11 mais ça ne me plaisait pas, j'ai fait une prépa concours. Mon père est militaire et ma mère
12 secrétaire d'une assistante sociale.

13
14 CB : que diriez-vous de votre niveau, de vos compétences aujourd'hui ?

15
16 C : je trouve que je suis au niveau de 3^{ème} année, ni plus ni moins de compétences que
17 n'importe qui. Mais si on me remettait dans un service, je n'aurais pas les compétences
18 nécessaires pour tenir un service. Ce qui me manque le plus est de l'assurance, l'expérience.
19 Ça c'est normal. Et au niveau aussi de la collaboration, je ne suis pas très au point, je n'arrive
20 pas à m'imposer auprès des aides-soignantes ou des ASH. Je n'ai jamais fait d'hémoculture ni
21 de sondage vésical.

22
23 A : je rejoins un peu C. Je n'ai jamais fait de sondage vésical. J'ai fait pas mal de stages
24 diversifiés donc j'ai pu toucher à pas mal de soins. Après, c'est toujours cette position un peu
25 ingrate que l'on a quand on est étudiante pour arriver à s'imposer dans les services, dans
26 certaines équipes qui ont du mal à comprendre qu'on ne peut pas faire 10 toilettes. C'est
27 parfois impossible de s'imposer. Avec certaines aides-soignantes, j'ai l'impression qu'elles se
28 déchargent sur moi du travail à faire : on nous parle beaucoup du travail en collaboration avec
29 les aides-soignantes, mais jamais on n'est venu me faire des transmissions sur l'état cutané
30 d'un patient par exemple. C'est dommage parce que je trouve que c'est une façon intelligente
31 de travailler mais qui n'est pas appliquée.

32
33 M : avec les aides-soignantes, ce sont souvent des rapports de force qui s'instaurent. Surtout
34 avec les stagiaires. Peut-être est-ce une affaire d'âge : souvent elles ont l'âge d'être nos parents
35 et n'acceptent pas d'avoir des sortes d'ordres de notre part. Ça commence à être possible à la
36 fin du stage, quand on commence à connaître les personnes ; mais le stage est terminé et il
37 faudra tout recommencer dans le prochain. Moi je n'ai jamais vu de chambres implantables. Il
38 y a toujours des choses à figoler.

39
40 CB : Comment voyiez-vous l'infirmière quand vous êtes rentrés ici ? et aujourd'hui ?

41
42 C : moi je n'en avais pas, je ne me suis pas dit : je vais faire ces études pour ressembler à telle
43 personne, c'était plus l'idée de pouvoir travailler dans des domaines différents, parce que j'ai
44 peur de me lasser des choses. Travailler dans des endroits différents, avec des populations
45 différentes, des équipes différentes, dans des pays différents. Et avoir un travail quasi assuré :
46 c'était une de mes premières motivations. Et puis j'aime beaucoup la relation à l'autre. Ça n'a
47 pas changé depuis que je suis dans l'école. Je n'avais pas imaginé que dans la formation il y
48 avait autant de sciences humaines ; et j'ai été agréablement surprise de la diversité des études
49 qui touchent plusieurs champs : on n'est pas que sur la physiologie l'anatomie, comme en
50 médecine. Et j'ai aussi apprécié le climat d'entraide et de disponibilité des professeurs.

51
52 A : pendant mon année de fac, j'ai été hospitalisée pendant un certain moment, et une
53 infirmière m'a donné l'envie de devenir infirmière, une seule. Je ne me prédestinais pas du
54 tout à ça. J'étais perdue à l'époque. Ça a fait son petit bonhomme de chemin. C'est plus le
55 travail humanitaire qui m'a donné l'envie de faire ce travail. De pouvoir partir, et de servir une
56 cause, de vraiment avoir le sentiment de réellement servir à quelque chose même si c'est de

57 manière infime. Je n'avais pas vraiment de représentation de l'infirmière hors cette jeune fille
58 qui avait été extraordinaire avec moi. Ce qui m'a donné envie de continuer dans cette
59 formation c'est tout le côté social, la relation qui passe avant le côté technique.
60

61 M : j'ai une petite sœur qui a été hospitalisée, et de voir le travail des infirmières m'a
62 beaucoup plu, j'avais 12 ans. Ce n'était pas un hôpital froid, il y avait des enfants qui jouaient
63 ensemble, ça dédramatisait la vision de l'hôpital que j'avais. Je ne me voyais pas travailler
64 dans un bureau toute ma vie, faire toujours la même chose. Dans la formation, ça me plaisait
65 de plus en plus : on a des modèles et des contre-modèles, on se forge le modèle d'infirmière
66 qu'on veut être. Au début je voulais être puéricultrice, maintenant j'aimerais plutôt travailler
67 aux urgences. Ce qui m'a étonnée, c'est le rôle de l'infirmière par rapport au médecin : par
68 rapport aux prescriptions, je ne pensais pas qu'on passait comme ça derrière un médecin, à
69 remettre en question les prescriptions, dire si c'est vraiment adapté si ce sont les bonnes doses.
70 Je ne pensais pas qu'il y avait autant de responsabilités et d'autonomie.
71

72 C : en 1^{ère} année, on découvrait le métier est en fait c'est surtout le nursing, c'est-à-dire le
73 métier aide-soignant. On était plus en observation. Alors qu'en 3^{ème} année, le deuxième jour,
74 on a nos patients, on doit connaître le fonctionnement du service. On a plus d'assurance, les
75 équipes sont plus contentes de nous voir arriver nous, étudiants de 3^{ème} année qu'un étudiant
76 de 1^{ère} année.
77

78 CB : et qu'est-ce qui vous a aidé à avoir plus d'assurance ?
79

80 C : c'est la valse théorique qu'on a à l'école, on a plus de connaissances. Et puis, la maturité
81 qu'on acquiert d'avoir rencontré des situations difficiles. À force de faire les choses, de
82 connaître le fonctionnement des services, on est plus à l'aise.
83

84 A : plus d'assurance oui, on a plus de connaissances. Après, je ne sais pas si j'ai plus
85 d'assurance que ça en service. Je n'ai jamais eu de soucis en stage. Mais c'est un problème de
86 confiance en moi, quand je mesure la conséquence que certains de mes actes peuvent avoir. Et
87 aussi un peu dégoûtée, car on nous apprend beaucoup de choses mais que l'on ne peut
88 malheureusement pas mettre en pratique. Et ça me dérange aussi. Une frustration surtout de
89 tout ce qui est relationnel. Dans certains services, c'est tout à fait applicable, mais alors dans
90 d'autres pas du tout. C'est même négligé. Et ça me dérange beaucoup. Pour moi, ça a une
91 importance vraiment primordiale, alors que pour d'autres pas du tout.
92

93 M : l'assurance elle vient aussi de la formation de notre esprit critique. Donner un sens à ce
94 qu'on fait, ne pas le faire parce qu'on nous dit de le faire. En plus, on est plus crédible
95 maintenant parce qu'on est capable de répondre aux questions des patients, parce qu'on a plus
96 de connaissances et pas qu'on a été confronté à beaucoup de malades.
97

98 CB : et pourquoi Bagatelle ?
99

100 Tous : c'est la meilleure école !
101

102 A : c'est vrai qu'elle a très bonne réputation. Quand on compare notre prise en charge ici avec
103 d'autres écoles, on se dit qu'on est bien tombé parce qu'il y a une réelle considération de
104 l'étudiant, il y a un vrai suivi, personnalisé, aussi psychologique, ils tiennent compte de
105 beaucoup de choses tout en restant très professionnels.
106

107 M : c'est aussi une petite école, et la proximité avec les professeurs est facilitée par le petit
108 nombre. Au début de la 1^{ère} année, ils nous ont demandé de faire des exposés sur Bordeaux en
109 petits groupes pour qu'on se déplace ensemble, qu'on travaille ensemble, qu'on parle un peu
110 de nous.
111

112 C : ils sont très disponibles, très ouverts. Ils nous ont mis en confiance. À Bagatelle, ils sont
113 très portés sur l'étudiant, pour que la formation se passe au mieux.

Extraits E1 B3 G2 (27'50)

1
2
3 F : 20 ans, bac S, mes parents sont musiciens.
4

5 M : 22 ans, bac S, j'ai fait deux premières années de médecine. Mon père est kinésithérapeute
6 et ma mère infirmière libérale.
7

8 C : 22 ans, bac S option maths, mon père est ouvrier chauffagiste et ma mère secrétaire. J'ai
9 fait du bénévolat pendant la terminale dans une maison de retraite et c'est ce qui m'a donné
10 envie de faire ou éducatrice spécialisée ou infirmière. J'ai passé des concours dans
11 pratiquement toute la France (je viens de Paris) et j'ai choisi Bagatelle. J'ai redoublé ma 2^{ème}
12 année.
13

14 CB : et pourquoi infirmier ?
15

16 F : très bonne question, ça remonte à loin, avant le collège. Je ne sais pas pourquoi.
17

18 M : c'est une vocation dans la famille, mon frère est médecin. C'est l'envie d'aider des
19 personnes malades, c'est pour ça que j'ai voulu faire médecine. J'ai hésité entre médecine et
20 infirmier, l'année du bac j'étais trop branleur, je ne me suis pas renseigné sur les concours
21 infirmiers. Finalement j'ai voulu faire ce métier car je me suis rendu compte que l'on était le
22 plus souvent auprès du patient.
23

24 CB : Quelle image de l'infirmier aviez-vous avant de rentrer ? Et aujourd'hui ?
25

26 M : l'image de l'infirmière qui répond tout le temps au patient qui est là pour l'aider, je l'ai
27 toujours. Ça n'a pas changé. Ce qui m'a surpris, c'est que c'est réellement un travail d'équipe,
28 je ne m'y attendais pas. Tout le monde participe à ce que le patient aille mieux. Cette idée
29 qu'on n'est pas seul, ça m'a renforcé dans ma conviction. On peut se soutenir les uns les
30 autres. Avant de me lancer dans les études, je ne voyais pas que c'était autant un travail
31 d'équipe.
32

33 F : l'infirmière est patiente, elle écoute. C'est toujours là, mais je me rends compte que c'est
34 plus difficile qu'il n'y paraît de le mettre en pratique. Toute l'écoute et la patience que l'on a ne
35 suffisent pas. Ce qui aide, ce n'est pas tant les connaissances, que la pratique en stage. Je ne
36 saurais pas dire exactement ce qui a changé. Ce n'est pas si facile que ça d'être avec des gens
37 qui sont malades et qui souffrent. Par rapport à la formation, j'ai appris à être plus critique par
38 rapport à ce qui est apporté ici à l'école. Les cours sont importants parce qu'en stage on peut y
39 piocher dedans.
40

41 M : au niveau de la biologie, j'avais les connaissances avant de rentrer. La formation m'a aidé
42 à faire le tri et à réfléchir moi-même ce sur quoi j'avais réellement besoin pour les stages et la
43 pratique. On nous apprend de la théorie, mais c'est de la théorie idéaliste, dans le sens où sur
44 le terrain, on ne peut pas vraiment la mettre en pratique. La formation est un peu paradoxale,
45 on se rend compte que tout ce qu'on apprend, on ne peut pas le mettre en place à cause de la
46 charge de travail ou le manque de personne. La formation m'a permis de réfléchir par moi-
47 même, d'avoir l'esprit critique pour pouvoir faire les choses avec les moyens du bord.
48

49 C : ce qui m'a étonné, c'est le manque d'infirmières dans tous les établissements. Et on nous
50 pousse à détester la formation, pas le métier : autant les infirmières en stage que les
51 formatrices ici. C'est au niveau de la pression, de ce qu'on nous renvoie. Parfois, il y a un peu
52 d'abus au niveau des stagiaires dans les stages. On est pris pour des personnes de
53 remplacement, et qui n'y connaissent rien. Il y a un décalage entre la théorie et la pratique,
54 mais c'est important qu'il y en ait un car ça nous permet d'avoir nos valeurs.
55

56 F : la 1^{ère} année m'a beaucoup déstabilisée, cette formation est hyper éprouvante, nos valeurs
57 personnelles sont mises à mal et même maltraitées, pour nous inculquer d'autres valeurs. Et le

58 temps qu'on s'en imprègne, on n'en a plus aucune. Et on est bancal pendant ce moment, on ne
59 sait plus ce qu'on veut, ce en quoi on croit. En 1^{ère} année, on nous a parlé de déculturation et
60 d'acculturation : déculturer, c'est un mot fort, c'est déraciner, on est mis dans un milieu
61 différent, inconnu. Et puis après il y a un gros décalage avec les amis qu'on pouvait avoir,
62 dans les soirées, on ne va pas leur parler de la toilette mortuaire qu'on a faite l'après-midi. Et
63 ils sont en train de faire la fête. Il y a un gros décalage.
64

65 M : ce qu'on nous apprend ici, c'est à être ouvert d'esprit. On nous l'apprend mais on nous
66 oblige aussi, et c'est peut-être dommage. Et même paradoxal. Tant qu'on est étudiant, nos
67 valeurs personnelles sont mises de côté. Elles peuvent même être discréditées. On n'a pas
68 d'expérience, on n'est pas objectif. Alors qu'on pourrait apporter un point de vue nouveau et
69 différent. Mais, il faut qu'on rentre dans le bon moule pour avoir un bon rapport de stage. Et
70 quand on est diplômé, on n'a plus rien à prouver à personne.
71

72 C : le moule il est vraiment là, et on doit y rentrer. Je suis timide, j'ai peu confiance en moi,
73 mais depuis la première année, j'ai beaucoup progressé. Mais avoir du répondant, de la
74 tchatche, ça c'est le moule de l'infirmière ; et ça va pas du tout avec ce que je suis, ce que je
75 veux être, et ce moule ne me correspond pas.
76

77 F : on en a un peu parlé avec les profs en 1^{ère} année, mais leur réponse c'était : c'est comme ça.
78 On nous projette tout de suite dans quelque chose de très dur. Quand j'ai eu un moment
79 difficile, je n'ai pas eu le réflexe d'aller voir les formateurs. C'est peut-être pour ça qu'ils
80 pensent que tout va bien, et que du coup ils stigmatisent ceux pour lesquels ça ne va pas trop
81 et qu'ils leur conseillent de changer de voie.
82

83 CB : pourquoi Bagatelle ?
84

85 C : c'était la réputation. Et maintenant en y réfléchissant, je n'aurais pas dû prendre Bagatelle.
86 Avant, c'était une des écoles les plus formatrices, même si c'était dur, on arrivait facilement à
87 avoir du boulot après. Et puis à l'époque, ma mère habitait encore Bordeaux.
88

89 F : je voulais partir de Pau, je suis allé sur les sites et celui de Bagatelle m'a beaucoup plu. Et
90 c'est le seul endroit où je me suis fait bien recevoir au téléphone. Je ne connaissais absolument
91 pas sa réputation. Il y a un foyer et c'est bien.
92

93 M : j'avais le choix entre Xavier Arnozan et Bagatelle : je n'ai pas voulu attendre six mois, je
94 suis rentrée à Bagatelle en septembre. Et aussi parce que sa réputation est excellente. Elle est
95 connue dans la France entière. Et aussi parce que ma mère a fait sa formation ici. Je voulais
96 avoir la meilleure école possible. Et je ne m'en plains pas. Les stages se sont toujours très bien
97 passés parce que je suis un homme.
98

99 F : je pense que la réputation de Bagatelle commence à décliner (*les autres sont d'accord*)
100 surtout en Gironde, à Bordeaux, pour les gens qui savent comment ça se passe.

Extraits E1 B3 G3 (26'43)

- 1
2
3 M : 28 ans, bac L, ma mère était agent comptable dans un lycée professionnel Et mon père
4 directeur d'import-export dans un aéroport. J'ai quitté le lycée sans le bac. Je suis parti en mer
5 pour faire une formation de skipper, ensuite j'ai fait plein de petits boulots en intérim. J'ai
6 repassé le bac en candidat libre. J'ai fini par faire ambulancier, et j'ai passé des concours.
7
- 8 F : 32 ans, bac S, première année de médecine : je n'ai pas du tout aimé l'ambiance qui
9 régnait, j'ai dû travailler, j'ai eu le diplôme de technicienne informatique. Après mon bilan de
10 compétences, c'est le métier d'infirmière qui me convenait le mieux. Mon père est directeur de
11 magasin, ma mère infirmière libérale.
12
- 13 SA : 24 ans, licence en langue, mon père électricien chauffagiste travaille à son compte et ma
14 mère travaille à la SPA responsable de la fourrière.
15
- 16 S : 25 ans, bac ES, fac de lettres, la dernière année de fac, j'ai fait des remplacements en
17 milieu hospitalier, c'est là que j'ai découvert le métier d'infirmière. Je viens du Finistère et je
18 n'ai pas eu les concours là-bas. Ma mère était cadre en soins palliatifs, mon père mécanicien.
19
- 20 CB : quelle image de l'infirmière aviez-vous à la rentrée, et maintenant ?
21
- 22 S : ce qui m'a étonnée c'est la charge de responsabilités, avoir quelqu'un de vivant entre mes
23 mains.
24
- 25 F : j'avais déjà fait des tournées avec ma mère, mais je ne m'attendais pas à devoir avoir autant
26 de connaissances. Et aussi beaucoup d'organisation car la charge de travail est importante.
27 Mais je n'ai pas eu de grosse surprise. Je savais à quoi m'en tenir.
28
- 29 M : une image de l'infirmière qui prend le temps, qui est gentille et avenante. Les stages
30 m'ont montré qu'il y a une grosse charge de travail et ça vient parasiter le travail humain.
31
- 32 SA : la charge de travail, ici en stage.
33
- 34 CB : et au niveau de vos compétences aujourd'hui ?
35
- 36 S : j'ai peur qu'on attende trop de moi maintenant en 3^{ème} année, et de ne pas rencontrer de
37 personnes ressources. J'ai peur d'être un peu démunie dans certains services. Mon point fort
38 c'est le relationnel avec les équipes.
39
- 40 SA : je me sens à l'aise dans ce que je fais quand je sais le faire. Avec des patients je n'ai pas
41 de problème de relations. Mais quand je serai diplômée, j'aurais peur de ne pas pouvoir tout
42 faire dans le temps imparti, en ne perdant pas de vue mes valeurs. Vue la charge de travail, je
43 crains de ne pas être opérationnelle très rapidement. C'est ça mon point faible. Tout ce qui est
44 soin technique, si je ne les ai jamais vus, il y aura toujours quelqu'un pour me montrer.
45
- 46 F : ce qui pêche c'est vraiment l'organisation. Pas le relationnel.
47
- 48 M : je pense que pour un début de 3^{ème} année ça va : l'organisation, le relationnel, les
49 capacités techniques. Les valeurs de l'infirmière sont un peu mises à mal par la charge de
50 travail.
51
- 52 S : Les infirmières veulent faire au mieux pour correspondre à leurs valeurs, mais c'est
53 difficile avec la charge de travail, les tensions entre les équipes, les agressions des patients. Je
54 crains d'être submergée par les émotions, et de ne pas pouvoir travailler au mieux.
55
- 56 SA : j'ai fait des stages où il y a plus de moyens, dont plus de personnel, donc plus de temps
57 pour faire les soins. Pas au CHU. J'ai envie de travailler plus tard dans un endroit où mes

58 valeurs seront un minimum respectées. Ce sont des valeurs professionnelles bien sûr mais qui
59 se sont tissées avec mes valeurs personnelles.
60

61 S : il y a des services où à la fin de la journée, j'avais l'impression d'avoir couru un marathon.
62 Et je n'avais qu'un certain nombre de malades. Et c'était un stage de quatre semaines
63 seulement. Il faut être sacrément sportif pour faire ce métier-là. Maintenant, je vois
64 l'infirmière comme une professionnelle qui fait le lien avec beaucoup d'intervenants. Du coup,
65 il y a beaucoup de choses qui pèsent sur elle : les patients, la famille, les médecins... J'ai
66 rarement vu des infirmières prendre leur pause.
67

68 M : moi qui suis sportif un petit peu, je suis quand même fatigué, parce qu'il y a aussi une
69 fatigue psychologique, pas que physique. On est confronté aux moyens financiers et à leur
70 pénurie.
71

72 SA : on sous-estime certains services, comme peut-être la chirurgie ou la médecine, où on n'a
73 pas le temps pour faire autre chose que les soins techniques. C'était pour ça qu'on ne veut pas
74 y aller travailler. Le rôle propre passe après.
75

76 CB : pourquoi Bagatelle ?
77

78 F : pour son excellente réputation, une école plus encadrante, plus performante, plus proche
79 de nous, à taille humaine.
80

81 SA : j'avais peur d'aller au CHU à cause des grosses promotions.
82

83 M : pareil, c'est très proche de chez moi. Aussi pour la réputation : c'est une super école, à
84 taille humaine.
85

86 S : pur hasard

Extraits E2 B3 G1 (23'59)

- 1
2
3 A : c'est dur, pour les soins techniques que je n'ai pas faits : tant pis. Pour les soins
4 relationnels, toujours le même problème ils sont laissés pour-compte. J'ai l'impression qu'on
5 nous forme plus à être de bonnes techniciennes qu'à être de bonnes infirmières complètes.
6
7 L : pour moi le relationnel c'est beaucoup plus personnel, je ne m'attends pas à ce qu'on nous
8 forme sur ça. Je ne réfléchis pas trop, c'est naturel. Intuitif. Ce que j'attends des stages, c'est
9 d'être formée sur les soins techniques.
10
11 C : cette année, j'ai beaucoup aimé le côté réflexion avec le mémoire. C'est dommage qu'on
12 fasse ça qu'en 3^{ème} année, avec peu de temps. J'aurais aimé avoir plus de temps pour réfléchir.
13 Je me sens prête, plutôt je me sens crédible.
14
15 N : il me tarde que ça finisse. De travailler, de peaufiner les aspects qui m'intéressent plus
16 dans la prise en charge. Je compte aller travailler aux urgences. La prise en charge à J14 d'une
17 prostatectomie, je ne m'en servirai pas. Continuer à apprendre mais des choses qui
18 m'intéressent. Sinon cette 3^{ème} année est épuisante. C'est aussi le statut de stagiaire : partir,
19 revenir en stage... Encore j'ai eu beaucoup de chance, j'ai été assez autonome.
20
21 L : mon stage de psychiatrie de quatre semaines, j'ai trouvé qu'il était très long. Ça dépend où
22 l'on va donc.
23
24 A : les stages de 10 semaines comme dans le nouveau programme, quand on n'a pas choisi
25 son stage, c'est l'horreur.
26
27 CB : vous connaissez votre stage du diplôme : vous les avez choisis ?
28
29 Tous : oui, à peu près.
30
31 A : il y a des soins que je n'ai jamais faits : pose de transfusion et aussi de sonde vésicale.
32
33 L : jusqu'en milieu de 2^{ème} année je n'avais jamais posé de cathéter ; c'est pour ça que j'ai
34 demandé d'aller aux urgences.
35
36 A : on est quand même inquiets, maintenant il n'y a plus qu'à...
37
38 C : la fin d'année était très lourde, le mémoire, le choix des stages... Et puis il y a beaucoup
39 de gens qui arrêtent en fin de troisième année, à cause des MSP, qui demandent des reports,
40 qui ont des problèmes financiers. En deux mois, il y en a eu cinq. Mais je suis mitigée : je sais
41 que quand je serai partie d'ici, l'école ne manquera. J'aimerais qu'il y ait une spécialité
42 médicale.
43
44 *Discussions sur les services où ils aimeraient travailler*
45
46 CB : et par rapport aux étudiants des autres écoles ?
47
48 A : en discutant avec d'autres étudiants, on se rend compte qu'on n'est pas si mal à Bagatelle.
49 Je n'aurais pas aimé, à les entendre, suivre ma formation à la Croix-Rouge, à Xavier Arnozan
50 et à Pellegrin. Charles Perrens ressemble un peu à notre école, c'est le même fonctionnement.
51
52 N : les promotions au CHU sont très impersonnelles, les étudiants ne se connaissent pas.
53
54 L : ici, on fait beaucoup de travaux de groupe et on nous incite à casser les groupes d'amis, à
55 partir dans les autres écoles pour les modules optionnels.
56
57 C : à la Croix-Rouge, ce sont des laissés-pour-compte, les profs arrivent en retard, les apports
58 sont moins poussés qu'ici.
59

60 A : il paraît qu'il y a un taux d'absentéisme record.
61
62 Tous : nous conseillerions Bagatelle pour suivre la formation.
63
64 A : quand même, il y a un moule bagatellien : il faut aller tout droit. Ceux qui bifurquent un
65 peu, on sent que ce n'est pas du tout apprécié.
66
67 C : ils sont arrivés à les virer ceux qui ne correspondaient pas au profil, aux critères de l'école.

Extraits E2 B3 G2 (42'05)

1
2
3 M : ça c'est très bien passé, j'ai validé tous les modules. Les stages se sont super bien passés,
4 comme les MSP. Je me suis fait plaisir à écrire mon mémoire.
5

6 F : ça a été une année difficile, j'ai hâte qu'elle se finisse. J'ai tout validé mais une grosse
7 remise en question sur ce que je faisais là. Ça m'est tombé dessus, sans raison objective. En
8 réfléchissant, ça fait un an et demi que je ne suis pas allée en stage en milieu hospitalier, et
9 j'aime quand ça bouge un peu quand même. Ça me manque. Je suis partie au Bénin l'année
10 dernière et c'est un stage qui m'a bien cassée aussi. Je suis très contente par contre de mes
11 deux stages à venir, pré-professionnel et diplôme d'État. Je ne me retrouve pas du tout dans le
12 milieu infirmier, au milieu de toutes ces femmes. Il y a peu d'infirmières avec lesquelles j'ai
13 accroché, qui aurait pu être un exemple pour moi ; je viens d'un milieu de musiciens et je
14 trouve que le milieu infirmier est très étriqué, aucune culture. Je ne me retrouve pas du tout
15 dans ces gens-là. En même temps, être avec les patients, j'aime bien. Je ne vais pas arrêter
16 mais je ne sais pas si j'exercerai ce métier. J'envisage de faire une formation de comédienne
17 pour être clown stéthoscope. J'aimerais lier infirmière et théâtre. En plus, j'ai fait un mémoire
18 sur la construction de l'identité professionnelle, et j'ai remis en question tout ça. J'ai aimé le
19 faire.
20

21 CB : vous sentez-vous prêts pour le diplôme, au niveau de compétences ?
22

23 F : ça fait un an et demi que je n'étais pas en service hospitalier, avec seulement cinq patients.
24 Ça ne me stresse pas tant que ça.
25

26 M : moi je me sens totalement prêt pour le DE. Prêt sur tous les domaines. Et j'ai été conforté
27 par l'équipe des formateurs aussi, je suis très en confiance.
28

29 CB : êtes-vous satisfait d'avoir fait votre formation ici ?
30

31 F : je ne sais pas, je ne connais pas les autres écoles. Je conseillerai plus Charles Perrens que
32 Bagatelle. D'autre part je ne suis pas du tout d'accord sur la manière dont sont réglées les
33 choses ici, par la direction. Pour la campagne de vaccination de décembre, ce qui s'est passé à
34 été honteux : on nous a menti, on nous a pas donné accès aux informations, j'ai demandé
35 avant les textes, je les ai eu trois semaines après.
36

37 M : je suis content d'avoir fait ma formation ici, même si à Charles Perrens, j'ai entendu
38 beaucoup de bien. Je crois qu'on n'aborde pas la prise en charge d'un patient de la même
39 façon ici que dans les autres écoles, et la façon ici me convient parfaitement. Le patient
40 comme un être unique, qu'on ne classe pas dans les besoins de Virginie Henderson,
41 méthode que j'ai tout le temps détestée, une prise en charge réductrice... Je suis content de la
42 formation même si, à côté, je me suis posé des questions en tant que délégué. Il y a des couacs
43 comme les TP du CESU. C'est un exemple où l'organisation laisse à désirer.
44

45 F : il y a des côtés positifs aussi, on peut choisir nos stages. Aux dires de certains, le soutien
46 n'est pas ce qu'il devrait être dans certaines situations. Les formateurs disent qu'ils ne sont pas
47 là pour nous mater, mais avant le maternage, je pense qu'ils pourraient aller un petit peu
48 plus loin dans le soutien à certains étudiants.
49

50 *Discussion sur la relation pédagogique, ses limites...*
51

52 F : c'est qu'il y a une image de Bagatelle faite de rigueur et de sérieux, que c'était dur, et ils
53 sont là-dedans. C'est la rigueur professionnelle, un peu mère supérieure, il faut avoir de la
54 rigueur même en dehors de l'IFSI, à l'extérieur. La rigueur est une valeur riche, tout dépend
55 comment on l'interprète. Je trouve que certains étudiants traversent cette formation.

56 M : chez certains, il y a un gouffre entre le statut d'infirmier et le statut civil. C'est ça que je
57 n'aime pas car on est soignant avec ce que l'on est et pas seulement avec ce qu'on nous
58 apprend. Du coup quand on enlève notre blouse, c'est comme si on l'avait toujours un peu.
59

60 *Discussions sur l'arrêt de formation de certains, sur la pression exercée pour qu'ils arrêtent.*
61

62 F : il y a des manières d'accompagner la décision que peut prendre un étudiant. Et aussi le
63 suivi après son arrêt.
64

65 *Discussions à bâtons rompus : la vision parfois réductrice que les professeurs ont des*
66 *étudiants.*

Extraits E2 B3 G3 (43'40)

- 1
2)
3 M : ouf !
4
5 S : ras-le-bol de tout : de se lever tôt le matin, d'aller en stage, des cours...
6
7 M : ras-le-bol d'être étudiant, stagiaire. Même si le regard a changé un petit peu, on est
8 toujours vu comme des stagiaires, des étudiants ; on ne peut jamais dire ce que l'on pense. On
9 ne peut jamais être dans une prise de position soignante. Sur le projet personnalisé, il faut
10 aller dans le moule de l'équipe pour ne pas se mettre à dos tout le monde.
11
12 S : en fait, sur les trois ans de formation, je n'ai été notée réellement sur ce que j'ai fait que
13 dans deux stages (*c'est pareil pour M.*). Sinon, c'est basé sur la bonne entente, les bonnes
14 relations, si on a su rentrer dans ce moule. Il me tarde de travailler, de rentrer dans la vie
15 active.
16
17 M : c'est pareil, j'ai 29 ans, j'ai une fille, une maison toujours en travaux, les études c'est
18 contraignant, personnellement je vais commencer à travailler en intérim. Ça me laissera le
19 temps de voir ma fille évoluer.
20
21 S : moi il me tarde de me poser, de construire réellement quelque chose, avec mon chéri.
22 Après j'aimerais bien travailler à l'étranger. Mais pas tout de suite car il faut apprendre à se
23 positionner en tant qu'infirmière.
24
25 CB : quel regard portez-vous sur le parcours que vous avez fait depuis la 1^{ère} année ?
26
27 S : je suis un peu déçue car je me suis rendu compte que c'est une profession qui en fin de
28 compte n'aime pas trop bouger. Donc ça risque d'être difficile, il va falloir rentrer dans un
29 moule, j'ai donc mis de côté certains lieux d'exercice. L'hôpital par exemple. Je préfère
30 l'exercice plus solitaire. Je reviens un peu du travail en équipe.
31
32 M : j'avais plein d'idéaux, de beaux principes sur la profession. Et au final on fait le travail sur
33 prescription. Et la communication, le projet personnalisé ça passe en dernier parce qu'on n'a
34 pas le temps. Ce n'est pas la priorité quand on travaille à l'hôpital. C'est pour ça que je
35 commence à travailler en intérim. Puis après en psychiatrie pour pouvoir monter de vrais
36 projets d'accompagnement. Autrement, chirurgie, médecine, que ce soit à Bagatelle ou au
37 CHU, c'est pareil, on n'a pas de marge de manœuvre. Peut-être si on était cadre, et même, ce
38 n'est pas évident... Ca ne risque pas de changer encore ! (*Rires*)
39
40 S : c'est vrai que je me tourne vers quelque chose de plus individualiste. À long terme,
41 j'aimerais bien monter une structure en psychiatrie, pour une population déficitaire, type
42 maison familiale. Avec un vrai projet d'accompagnement. Je ne suis pas blasée, mais j'ai juste
43 réajusté ma vision de la profession. Je sais vers où je vais.
44
45 M : à un certain âge, c'est très contraignant de reprendre des études. C'est bien la théorie, mais
46 je préfère l'action.
47
48 S : les modules optionnels, ce sont des bouffées d'oxygène. J'étais à Xavier Arnoz : c'était
49 stratégique. Au final, c'était très enrichissant. J'ai rencontré une équipe pédagogique différente
50 de celle que je connais ici, ni en bien ni en mal. Juste différente. Ça fait du bien.
51
52 M : j'étais à la Croix-Rouge. C'est une autre équipe pédagogique. Et j'ai relativisé pas mal en
53 me disant qu'à Bagatelle on n'était pas si mal que ça. Finalement je trouve qu'on a une bonne
54 équipe pédagogique ici. C'était sympa. Je n'aurais pas fait ma formation à la Croix-Rouge. Les
55 formateurs ont peu d'expérience et ne s'investissent pas énormément en individuel. Les locaux
56 sont super moches. On a rencontré d'autres élèves et c'était sympa ça, d'autres manières de

57 voir les choses. Je trouve que Charles Perrens à un état d'esprit bien à eux. Plutôt psy et plutôt
58 dans l'entraide, dans le soutien.
59

60 S : si c'était à refaire, surtout pas Pellegrin. Je suis peut-être tombée sur les 10 étudiants les
61 plus branleurs qui ne venaient jamais en cours. Ils ne sont pas tous comme ça. Très nombreux,
62 un peu dispersés. Ça manque de cohésion. Si c'était à refaire je resterais là.
63

64 M : il y a bon niveau général en sortant d'ici, on a une bonne formation. Par rapport aux autres
65 écoles, le niveau est haut : surtout au niveau du prendre soin.
66

67 S : c'est le point commun que l'on a avec Charles Perrens. Je n'ai pas fait la formation pour
68 être une infirmière technicienne.
69

70 M : c'est une acculturation plutôt agréable.
71

72 CB : et pour ceux qui ont arrêté ?
73

74 S : il y en a eu pas mal et pour certains, ce n'est pas plus mal. Je crois que même aujourd'hui,
75 il y en a qui ne sont pas prêts. D'autres sont partis et je ne comprends pas.
76

77 M : je trouve dommage que pour cet étudiant dont on parle qui a fait un report de deux ans,
78 qui a fait cinq ans pour rien finalement. Qu'on lui dise : stop. Il y en a qui sont partis pour
79 faire complètement autre chose. Pour certains, les responsabilités c'est trop dur.
80

81 S : je sais que je ne serai pas infirmière toute ma vie.
82

83 M : pour les responsabilités, on nous met la pression tout le temps : on revoit les textes de loi,
84 on y réfléchit à nouveau. Et du coup il y en a en a qui prennent peur. Mais les jeunes diplômés
85 sont quand même encadrés un minimum.
86

87 S : quand on arrive dans un stage, on angoisse et puis quand on s'en va, au bout de la
88 quatrième semaine, tout est rentré dans l'ordre. Ça sera comme ça quand on sera diplômé.
89

90 M : franchement, je pense qu'il y en a qui n'ont pas les capacités et les compétences de faire ce
91 métier. Donc ils s'arrêtent d'eux-mêmes ou ils sont arrêtés. Peut-être se sont-ils trompés de
92 voie.
93

94 S : quand j'ai eu de mauvaises notes, je me disais que j'aurais l'air bien bête si un étudiant me
95 posait une question sur ses connaissances là. Je n'ai pas les connaissances pour lui répondre.
96 Ça pousse à travailler un peu plus. Alors que certains font la formation un peu en touriste ; et
97 c'est bien qu'il y ait sanction à la fin, on a quand même des vies humaines entre les mains.
98 Même si le salaire n'est pas en conséquence.
99

100 CB : et le TFE ?
101

102 S : au début on était très suivi, et depuis qu'on est au stade de l'écriture, on est lâché. On ne
103 sait pas si ce qu'on écrit va convenir ou pas. Je ne sais pas évaluer mon travail. J'ai beaucoup
104 moins confiance dans la pratique que dans la soutenance du mémoire. Le regard de quelqu'un
105 d'autre sur moi quand je travaille m'a toujours mis dans un état second... J'ai demandé un
106 service ou il y a du relationnel, de l'éducation thérapeutique, peut-être quelques soins mais ce
107 n'est pas le principal travail du service. Pour ne pas me mettre en difficulté.
108

109 M : je vais en chirurgie, c'est stratégique. La chirurgie ça me convient même si je pense ne pas
110 aller y travailler. Le sujet de mon TFE est original : lors de mon premier stage en première
111 année, en hôpital psychiatrique, un malade, un jeune de 18 ans, s'est pendu dans les toilettes.
112 La soutenance ne me fait pas trop peur non plus. On a les résultats le 25 novembre et on aura
113 la petite médaille de Bagatelle.
114

115 S : j'ai comme projet de faire formatrice mais pas à Bagatelle. Il y a des gens ici qui ont été
116 pour moi des modèles, d'autres des contre-modèles.
117
118 M : pas IBODE, peut-être IADE. L'école des cadres pourquoi pas, mais pour être dans les
119 services : il y a de super formateurs dans les IFSI, mais ça ne suit pas dans les services pour
120 essayer de faire changer les choses.

Extraits E1 P3 G1 (44'43)

1
2
3 E : 37 ans, mariée, deux enfants de 11 et 5 ans et demi, en reconversion : 12 ans dans le
4 journalisme, licence de sociologie et DUT d'information et de communication. Mon père est
5 commissaire de police à la retraite, ma mère, ancienne comptable, s'occupe maintenant de
6 personnes âgées. Mon mari est professeur d'histoire-géographie.

7
8 G : 26 ans, après le bac, j'ai fait un an de BTS d'action commerciale, j'ai travaillé pendant
9 deux ans (garde d'enfants), deux ans de sociologie. Mon père est dans le matériel
10 informatique, ma mère est au chômage en invalidité.

11
12 C : 20 ans, je suis rentrée à l'école juste après le bac S, je j'ai fait trois mois de fac et puis j'ai
13 passé les concours que j'ai eus. Les parents sont tous les deux viticulteurs à Cognac.

14
15 A : 24 ans, bac L, un an de fac de géographie, une licence d'histoire car je voulais être
16 institutrice, et puis j'ai changé d'orientation car je voulais avoir un autre rapport avec les
17 enfants et avec les gens en général. Donc je suis rentrée à l'école d'infirmières. Mon père est
18 tailleur de pierre sur les monuments historiques, ma mère aide-soignante.

19
20 J : 23 ans, bac STL, BTS analyses biologiques, j'ai travaillé en labo tout de suite après mon
21 BTS, et au bout de deux mois j'ai vu que ça ne me plaisait pas. J'ai passé le concours
22 infirmier. Mon père est chauffeur-routier, ma mère est auxiliaire de vie sociale.

23
24 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière quand vous êtes arrivés en formation ? A-t-elle
25 changé ?

26
27 C : moi au début je voyais l'infirmière comme une bonniche, sans trop de responsabilités,
28 d'autonomie. Et je suis contente que ma vision ait changé.

29
30 A : quelqu'un de gentil qui faisait des piqûres ; alors, la plupart sont gentilles mais pas la
31 majorité. Elles ne font pas que des piqûres. Sinon je suis très contente de mon orientation.
32 Elles n'ont pas le sourire. J'imaginai quelqu'un d'abord très facile, à qui on puisse se confier,
33 vers qui on peut aller très facilement.

34
35 E : Elles sont moins faciles d'accès mais je comprends mieux les choses maintenant ; elles ont
36 moins le sourire car elles ont beaucoup de choses à faire. J'avais une image très simpliste : je
37 voulais être infirmière pour m'occuper des gens.

38
39 G : j'ai passé le concours par hasard, je ne savais pas ce que je voulais faire exactement.
40 Quelqu'un qui soigne, qui aide les gens, je ne suis pas du tout déçue de l'infirmière. Un seul
41 bémol : je regrette de ne pas avoir assez de temps pour être auprès des patients. Pour parler
42 avec eux, faire du social.

43
44 J : quelqu'un qui fait des soins assez techniques, les contraintes horaires par exemple ne me
45 dérangent pas. Je suis assez contente car j'ai découvert le relationnel auquel je ne pensais
46 pas avant. Et qui est le plus difficile.

47
48 E : j'imaginai bien ce poids institutionnel avant de rentrer en formation, néanmoins je pense
49 qu'il est possible dans l'intimité de la relation avec le patient, même si elle est courte,
50 d'écouter les malades. On a le temps, et aussi une pression d'apprentissage.

51
52 C : je pense qu'il y en a qui n'ont pas envie, sont fatiguées, usées, elle pose la perfusion et elle
53 s'en va. et parfois le malade n'a pas envie non plus.

54
55 J : les patients cernent vite les infirmières à qui ils ont affaire, et savent avec qui ils peuvent
56 parler et les autres non.

57 E : ce que je n'avais pas mesuré, c'est de rentrer dans l'intimité des personnes. L'intimité
58 physique, de proximité je m'en doutais bien. Mais comment entrer dans la vie des gens, dans
59 les questions très intimes, personnelles ; nous pour nos démarches on a besoin d'informations
60 très personnelles et je ne suis pas sûre que les patients mesurent ça, à quel point on rentre dans
61 leur intimité.
62

63 J : c'est vrai, mais on a accès à des informations qui sont parfois importantes pour améliorer la
64 prise en charge, alors que l'infirmière passe à côté parce qu'elle n'a pas le temps.
65

66 A : et puis les patients sont isolés à l'hôpital, ils n'ont pas tous ces rapports sociaux dont ils ont
67 d'habitude, ils sont séparés de leur famille, de leurs amis. Même si cela montre des blessures,
68 cela montre aussi l'envie de ne pas rester seul, d'avoir une certaine ouverture, de soulager ses
69 fardeaux ; et je pense que c'est bien pour la personne de pouvoir parler avec l'infirmière.
70

71 E : au début, je voyais ça de manière très standardisée : l'infirmière fait ça, l'aide-soignante
72 fait ça, le médecin fait ça. Et par exemple, en gériatrie aiguë, les médecins se soucient de
73 l'après hospitalisation, du retour à domicile ou en structure. Et je pense que cette fameuse
74 prise en charge globale existe vraiment. Quand un malade arrive, on se demande : mais
75 comment il va faire quand il ne sera plus chez nous ? Et ça c'est passionnant.
76

77 C : ça dépend peut-être de l'âge, moi je suis jeune, plutôt réservée, et c'est un peu difficile.
78

79 A : des infirmières se plaignent de ne pas avoir le temps pour la relation avec les patients,
80 mais ont le temps pour les pauses-café. Elles n'ont qu'à rester chez elles. J'espère que je ne
81 serai pas blasée comme elles trop rapidement. J'ai aussi rencontré des infirmières admirables.
82 Mais il y a des infirmières auxquelles je n'ai pas envie de ressembler, des services dans
83 lesquels je ne veux pas aller travailler.
84

85 E : quand même ce qui m'a étonné, c'est la lourde responsabilité qu'on a. Et les conséquences
86 de nos actes. Je ne sais pas si vous souvenez : en décembre dernier, il y a eu des faits divers
87 où des infirmières ont été mises en cause pour des erreurs de calcul de dose, et on commençait
88 notre stage le 4 janvier. Moi le 4 janvier, je ne savais pas si j'allais aller au bout de ce stage.
89 Sentir ce poids : comment faire pour ne pas se tromper. Évidemment vérifier 10 fois, être
90 hyper vigilant : regarder les dates de péremption, vérifier les prescriptions. Tout ça on le sait.
91 Et on peut quand même se tromper.
92

93 J : et bien, l'erreur est humaine, et nous on n'a pas le droit de se tromper.
94

95 E : avant, quand je disais une grosse bêtise dans un reportage, je m'en voulais, mais ça ne
96 faisait mourir jamais personne.
97

98 A : en plus, pour nous, si c'est le médecin qui fait l'erreur et que toi tu ne l'as pas vu, tu es
99 mise en cause aussi. On doit avoir un regard critique sur les prescriptions, il faut être sûr de
100 soi.
101

102 J : j'étais en stage aux urgences psychiatriques, et quand les malades arrivaient, la nuit, en
103 crise, c'était les infirmiers les plus anciens qui aidaient les internes, qui les guidaient sur les
104 doses. Parce qu'ils savaient beaucoup mieux que l'interne grâce à leur expérience.
105

106 E : c'est vrai que j'ai assisté à un interne qui demandait à l'infirmière : « ça va, je ne me
107 trompe pas ? » Et l'infirmière qui lui a répondu « non, non, ça va, pour moi c'est OK ».
108

109 *Discussion sur le positionnement d'un infirmier qui a injecté un traitement, après trois*
110 *demandes de confirmation à l'interne, un patient qui a fait un choc.*
111

112 E : ça, ça me fait peur. Et quand j'en ai parlé avec des infirmières sur le terrain, quand je leur
113 ai demandé si ça se passait, elles m'ont dit : non ! Ça ne se passe pas, il faut être vigilant tout

114 le temps, et c'est difficile de se dire qu'on aura toujours ce stress, tout au long de notre vie
115 professionnelle.
116

117 CB : pensez-vous être toute seule ? Parce que dans les affaires que vous évoquez, pour une en
118 tout cas, le circuit de la pharmacie a été aussi mis en cause.
119

120 A : en fait les responsabilités, c'est qu'il y a quelqu'un derrière. Avant de rentrer à l'école,
121 j'avais peur des plaies, des grosses plaies. La première fois que j'ai vu une grosse plaie, c'était
122 un moignon, un jeune de 21 ans qui venait de se faire amputer. Et je me suis rendue compte
123 que ce n'est pas l'amputation qui m'embêtait, elle n'allait pas me faire tourner de l'œil car il y
124 avait le patient derrière. On est jamais toute seule, ce sont les ressources du métier : il y a
125 toujours des gens derrière nous, il y a le patient, le médecin. Et c'est ce qui m'aide à
126 relativiser.
127

128 J : dans les histoires de justice, c'est souvent le dernier maillon qui prend. Erreur de
129 traitement, de vérification.
130

131 E : n'empêche que ça, ça va être quand même notre quotidien. Quand on revient à l'école, on
132 fait des pauses. Là-bas on n'en aura plus.
133

134 G : des pauses, ça dépend. Parce que depuis trois ans, on se demande tout le temps : est-ce
135 que je fais bien ? est-ce que je serai une bonne infirmière ?
136

137 C : tu n'es pas obligée de te dire tout ça
138

139 *(Éclats de rires)*
140

141 CB : pensez-vous que la formation ici est différente de celle dispensée ailleurs ?
142

143 A : c'est ce qu'on entend dire, mais après on ne sait pas.
144

145 J : je ne sais pas, je ne me pose pas cette question. Chacun a sa manière de vivre la formation.
146 Je pense que j'aurais été aussi stressée à Charles Perrens.
147

148 E : mais c'est vrai que là-bas, ils sont plus axés sur la psychiatrie. Du fait de leur histoire.
149

150 G : oui, mais est-ce que c'est vérifié. Ils ont le même programme que nous, peut-être qu'ils ont
151 plus d'heures de psychiatrie.
152

153 E : et est-ce qu'ils ont le modèle de Virginia Henderson, eux ?
154

155 Les autres : non, a priori non.
156

157 E : à part le modèle conceptuel qui diffère, on a les mêmes stages, les mêmes responsabilités.
158

159 J : quand je dis aux gens que je suis à Pellegrin, ils sont admiratifs.
160

161 C : ça prouve au moins que Pellegrin est connu.
162

163 E : c'est important d'être du CHU pour moi. Pendant la formation, on a entendu de la part des
164 enseignantes, un discours sur le service public, les missions du service public, le CHU. Je n'ai
165 passé qu'un concours : celui-ci, et j'habite en face de Bagatelle. Mais je voulais être au CHU
166 pour cette notion de service public, pour cette conception des soins : l'accueil de toutes les
167 classes sociales, 24 heures sur 24. On ne prend pas que les personnes et les actes
168 rémunérateurs pour la T2A. C'est bien d'entendre ce discours-là.
169

170 G : pour moi, il n'y a qu'un lieu de travail : l'hôpital.
171

172 C : c'est rassurant, parce qu'il y a toujours des médecins, des internes.

Extraits E1 P3 G2 (53'15)

1
2
3 J : 29 ans, deux premières années de médecine, l'école de podologie avec un diplôme de sport,
4 j'ai exercé pendant quatre ans puis j'ai décidé de me réorienter. J'ai été élu à nouveau délégué
5 cette année. Mes parents sont tous les deux fonctionnaires.
6

7 G : 35 ans, j'ai un diplôme de Beaux-Arts, j'ai travaillé pendant environ 10 ans dans différents
8 domaines avant de reprendre des études, qui sont venues comme quelque chose de nouveau à
9 faire à Bordeaux. Après le diplôme, je reprendrai la route vers les DOM-TOM. Mes parents
10 sont commerciaux, retraités.
11

12 CB : quelle image l'infirmier aviez-vous avant de rentrer ? A-t-elle changé ? Dans quel sens ?
13

14 G : en première année, par rapport au CHU, j'avais l'impression d'une grande famille, d'une
15 ville dans la ville. Suite au stage au CHU, je sais que je ne peux pas appartenir à cette famille,
16 une grosse machine pleine de hiérarchie qui ne convient pas à un élève atypique comme moi,
17 dixit une enseignante. Je suis d'accord avec cette opinion. Mon projet professionnel serait plus
18 le libéral. Les stages m'ont donné une petite idée des lieux d'exercice et une image de
19 l'infirmier auxquels je ne m'attendais pas, je suis plutôt content devant la diversité des champs
20 d'exercice, des compétences renouvelables, transposables. Infirmier, c'est une belle école de la
21 vie.
22

23 J : moi aussi ça a évolué. Ce qui n'a pas changé c'est que j'ai toujours cet esprit de corporation,
24 d'unité. Mon image de l'infirmier était celle de beaucoup de gens : le côté social, à la fois
25 aussi somatique, la globalité. Ce qui m'a ébloui, c'est qu'on peut exercer la profession
26 d'infirmier de différentes façons : rester simple exécutant, appliquer les prescriptions «
27 bêtement » ; comme essayer de l'enrichir. C'est une grande famille, peut-être trop grande pour
28 moi. Un pion qu'on peut déplacer de droite à gauche, et on applique sur les patients, une
29 démarche individuelle, ce qu'on applique rarement au personnel. Peut-être une petite structure
30 où il n'y aurait pas d'anonymat me conviendra mieux. Ce qui m'attire, c'est une petite
31 institution. Dans un premier temps en tout cas. Mais je reviendrai certainement au CHU à
32 moyen ou long terme.
33

34 CB : vous sentez-vous prêts ?
35

36 J : c'est difficile à dire, à la fin du stage on se sent potentiellement prêt à assumer certaines
37 fonctions, pas toutes comme par exemple certaines prises d'initiative où il est rassurant de
38 savoir qu'il y a une infirmière derrière nous.
39

40 G : tout dépend du service où en est. Ma principale lacune est la maîtrise de la pharmacologie.
41 Au niveau du savoir-être, il y a beaucoup de boulot encore à faire, notamment en termes de
42 discrétion professionnelle, d'humilité. Effectivement, je commence à saouler mon entourage à
43 force de prévention et d'éducation, c'est un rôle qui me sied bien. Dans le cadre professionnel,
44 je ne me sens pas capable pour le moment de gérer un service, de voir la globalité du soin. En
45 fait, les stages sont assez courts. C'est quand je commence à m'adapter que le stage s'arrête.
46

47 CB : c'est comme s'il fallait recommencer à chaque stage ? ne pas pouvoir s'appuyer sur
48 quelque chose de sûr, se dire : ça je sais le faire, ça aussi etc.
49

50 G : je ne dis pas que je sais faire, je me dis que j'ai appris à faire ça. Et si je ne pratique pas
51 pendant deux ou trois mois, je ne sais plus faire. Ce sont surtout des soins complexes : poser
52 une perfusion, changer une poche de colostomie. Et puis on est dans une position un peu
53 bâtarde : on est en train de se professionnaliser et en même temps on est toujours élève. Et
54 c'est un statut assez compliqué pour moi dans la mesure où j'étais habitué à être plutôt une
55 ressource, mais je ne peux pas avoir ce rôle en stage. Parfois j'ai l'impression de faire perdre

56 son temps à mon référent et je n'aime pas être dans cette situation. Et ça m'empêche d'avoir
57 confiance en moi.
58

59 J : il y a des éléments sur lesquels on peut s'appuyer, on les maîtrise à peu près, mais à chaque
60 fois il faut retrouver qu'on est capable, et en même temps une remise en question qui est
61 inévitable. Alors ça peut aller vite, mais il y a toujours cette remise en question. Pour moi
62 l'incertitude il n'y a rien de pire ; il ne faut pas de certitudes non plus mais des interrogations.
63 Ce que je me dis, c'est ce geste je l'ai eu maîtrisé, mais c'était dans le stage précédent,
64 maintenant est-ce que je le maîtrise toujours ?
65

66 G : les stages sont trop espacés, pour pouvoir répéter le geste régulièrement. C'est un métier
67 qui demande de l'expérience, par exemple ne pas faire mal lors des bilans sanguins. L'artisan
68 améliore sa pratique au fur et à mesure de ses réalisations, comme le chausseur. Et puis, le
69 personnel soignant qui vous encadre, nous jauge, nous évalue. Je préfère être en tête-à-tête
70 avec le patient. Quand je vais travailler comme aide-soignant, l'été, les services sont contents
71 de me voir arriver, je suis vu comme une ressource. On parle du métier d'infirmier, mais je ne
72 le connais pas encore ce métier. Je ne suis qu'élève.
73

74 J : je suis d'accord avec lui, on est dans un entre-deux. On a appris des choses, mais pas
75 toutes. Il y a cette balance entre je sais, je ne sais pas. À chaque stage, il faut refaire ses
76 preuves, se réintégrer, avec des codes, un personnel qui n'aime pas trop encadrer parfois, mais
77 on leur impose notre présence, et il faut leur montrer que nous ne sommes pas seulement là
78 pour les embêter. Parce qu'on les ralentit. On peut être une ressource, c'est un plus, mais en
79 même temps, on les freine parce qu'on est à former. Et les services se plaignent du nombre de
80 stagiaires, et donc leur impossibilité à bien les encadrer. Il y a cinq IFSI sur Bordeaux. Quand
81 on arrive dans un service, on perturbe la dynamique du groupe des soignants.
82

83 G : oui, il y a des stagiaires qui sont discrets, moi je ne le suis pas. J'y travaille, mais c'est
84 important cet aspect de perturbation de la dynamique de groupe. On est malvenu. Et parfois,
85 on est pris comme des boucs émissaires, le groupe se resserre mais contre nous.
86

87 CB : et parfois, il y a des choses qui vous dépassent.
88

89 J : de toute façon, on n'est là que pour quatre semaines. C'est un instantané. On a des
90 contraintes, personnelle, collectives. Mais il y a une pression que je ressens beaucoup plus
91 qu'en première année, peut-être que je ne la ressentais pas, que je ne la voyais pas. C'est
92 verbalisé maintenant. Le fait de nous laisser autonomes, c'est valorisant et en même temps, ça
93 nous fait poser des questions : est-ce qu'on en est vraiment capable, est-ce que je n'ai pas une
94 haute estime de moi-même ? Parfois on est huit stagiaires dans un service et les soignants
95 s'excusent de ne pas nous avoir encadrés : ce n'est pas un problème de volonté mais
96 d'impossibilité matérielle. Et puis dans ce stage, où j'étais autonome, je n'avais pas de MSP,
97 j'avais validé toute la théorie. Si ça n'avait pas été le cas, ça m'aurait plutôt inhibé que
98 valorisé.
99

100 G : j'ai vu des protocoles institutionnels, des règles mises en place, qui n'ont pas été édictés
101 par des soignants mais par des administratifs. Et parfois, ça met les services dans des
102 difficultés insurmontables. Parce que budgétairement c'était avantageux, parce que côté
103 rentabilité c'est avantageux. Donc ça me pousse encore plus à me dire vivement que je
104 travaille tout seul.
105

106 J : et celui qui prend des décisions a encore quelqu'un au-dessus de lui. J'ai remarqué que dans
107 les services le cadre était souvent pris comme bouc émissaire, combien de fois on m'a dit : tu
108 ne trouves pas que la cadre est nulle ? Mais en tant que stagiaire, on apporte parfois un regard
109 nouveau, neuf et on peut aider les équipes à ne plus « avoir le nez dans le guidon ». Il s'à ça
110 nous responsabilise. Les équipes par rapport aux stagiaires, se demande toujours : est-ce que
111 c'est un boulet ou est-ce que c'est une ressource ? Et parfois l'équilibre est précaire. Il faut

112 avoir l'opportunité de prouver ce dont on est capable. Dans les grandes structures, l'infirmier
113 est comme un pion que l'on bouge selon la volonté bureaucratique.

114 G : de toute façon, les institutions n'ont pas à argumenter leur décision, en tout cas pas aux
115 agents.

116

117 J : mais si on explique aux agents, ils peuvent ne pas être d'accord. Tout ce qui est le côté
118 participatif, ça n'existe qu'en théorie ; ça n'est jamais mis en pratique. C'est pour ça que le
119 CHU à une mauvaise image : il trouve son intérêt à faire bouger les agents tous les trois mois,
120 mais nous on ne trouve pas le nôtre.

121

122 G : le décroisement entre les professionnels peut aider à cette prise en charge globale du
123 patient. J'ai vu des structures essayer d'adapter le patient à son fonctionnement, alors que je
124 crois que c'est l'inverse qu'il faut faire. Ce qui m'a le plus choqué, c'est en EHPAD : on fait
125 des règles pour une collectivité qui arrangent le personnel, mais qui ne profitent pas aux
126 résidents. On nous a parlé des relations verticales, entre le médecin et infirmière ou entre
127 l'infirmière et aide-soignante, mais très peu des relations horizontales entre les professionnels
128 paramédicaux. On a l'impression parfois que ces rôles viennent s'entrechoquer les uns aux
129 autres et c'est là que le bât blesse.

130

131 J : chacun joue sa partition de son côté. Et qu'il n'y a pas de chef d'orchestre. Il y a les
132 tiraillements entre les différents métiers. Entre ergothérapeute et assistante sociale. Il ne faut
133 pas empiéter sur le champ de compétences de l'autre, champ où je suis le chef, mon chef.

134

135 CB : Et les étudiants des autres IFSI ?

136

137 J : chaque personne a le sentiment de venir de la meilleure école. Sous-entendu : toi, tu es
138 moins bon. On a les meilleurs référents, on a les meilleurs enseignants, le meilleur matériel. Il
139 y a un côté corporation, une famille-IFSI. Même parfois, dans les propos des référents, il y a
140 des petites choses qui pourraient aller dans le même sens : par exemple, cette école a le plus
141 grand nombre de candidats, sous-entendu c'est la meilleure puisque c'est la plus demandée.
142 L'IFSI Pellegrin c'est ça.

143

144 G : en même temps, le CHU de Bordeaux est reconnu au niveau national, dans les médias. J'ai
145 fait un module optionnel à la Croix-Rouge. Les étudiants de Charles Perrens ont l'air, plus
146 cool, de prendre les choses tranquillement, avec un certain recul.

147

148 J : Bagatelle a cette image de rigueur protestante, avec les cornettes, très nationaliste, moi je
149 trouve trop parce que j'ai pu discuter avec ma sœur, qui a eu son diplôme en 2009 et qui
150 n'était pas du tout informée de la nouvelle réforme. C'est un peu statique, traditionaliste dans
151 le sens péjoratif du terme. La Croix-Rouge : manque de matériel et de moyens. Les gens
152 pensent que les écoles du CHU sont privilégiées, au niveau du matériel, des stages. Alors que
153 moi, je fais mon premier stage à Pellegrin en début de 3^{ème} année. Une fois à Xavier Arnozan
154 et une fois Saint André. J'ai rencontré des étudiants de Charles Perrens de 3^{ème} année qui avait
155 rendu leur TFE, en fin de parcours, et qui me disaient que l'école était partie avec un certain
156 nombre d'étudiants et qu'ils voulaient les amener tous au bout. Eux avaient le sentiment
157 d'avoir été très portés : le TFE ce n'est pas compliqué disaient-ils, ton guide te dira quelle
158 question poser, quels livres lire. On a l'impression que leur TFE est fait par quelqu'un d'autre,
159 c'était la pression de des statistiques : partir avec X étudiants et arriver avec au mieux X -1 le
160 jour du DE. Mais est-ce que c'est une rumeur ou un fantasme, je n'en sais rien. Mais dans leur
161 discours ils étaient beaucoup plus relax que nous, ils se demandaient pourquoi on se prenait la
162 tête. En cours, si on envie de s'en aller, on s'en va. Mais je n'ai rien pour le vérifier. D'autres
163 disent que cette école à une orientation très psy et beaucoup moins somatique.

164

165 G : et le programme ?

166

167 J : et puis c'est comme le modèle de Virginia Henderson, il est pris comme un exemple parmi
168 d'autres et à Bagatelle, l'accent est moins mis sur les démarches de soins telles que nous on les
169 a apprises : elles ne sont pas très poussées. J'ai l'impression que ce n'est pas la même
170 exigence. La Croix-Rouge ne s'appuie pas du tout sur les 14 besoins. C'est plutôt la pyramide
171 de Maslow, version arrangée. Pour la Croix-Rouge, la MSP est surtout centrée sur le geste
172 mais pas trop sur la théorie, la compréhension de la situation. Ce qui est important, c'est de
173 bien faire le geste.
174

175 G : moi il y a des choses formelles qui m'énervent. Formuler à la première personne les
176 actions, il vaut mieux s'attacher au fond qu'à la forme. Ça devient du formalisme. Et, de me
177 détacher de ce formalisme, ça me porte préjudice.
178

179 J : ce qui est important, c'est la finalité, peu importe qu'on dise « je » ou pas.
180

181 G : j'ai parfois l'impression que l'enseignement qu'on a ici se fait parfois au détriment du
182 patient, c'est peut-être un petit peu fort. C'est centré sur un objectif de soins, quelle marge de
183 manœuvre pour le patient dans ce système ? Plus on avance dans la formation, plus c'est aigu.
184 C'est plutôt un mode de raisonnement qu'on doit acquérir, et la finalité c'est la prise en charge
185 du patient.

Extraits E1 P3 G3 (22'15)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57

A : 21 ans, bac S, ma mère est une ancienne infirmière qui s'est arrêtée pour la naissance de ma grande sœur, mon père est médecin. J'ai commencé la première année fac de sciences, ça me plaisait mais l'avenir professionnel était assez bouché. J'ai réfléchi à autre chose, et infirmière c'est pas mal. Et j'ai toujours refusé de passer le concours d'infirmière à C., pour m'éloigner de mes parents.

M : 39 ans, bac et maîtrise arts plastiques, j'ai préparé le CAPES pendant un an, j'ai eu l'écrit et je ne suis pas allée à l'oral car entre-temps j'avais fait des remplacements de profs et je me suis rendu compte que ce n'était pas pour moi, je n'aimais pas du tout les ados. Je suis rentré en IUT de gestion d'entreprise. J'ai travaillé comme iconographe par exemple ça m'a beaucoup plus. J'ai suivi mon compagnon qui était prof. J'en ai eu un peu assez, j'ai été licenciée et j'ai galéré pendant deux ans. Je voulais un poste où je ne serai pas remplaçable, où j'étais désirée. Mon père est retraité prof de sport, ma mère n'a jamais travaillé. Nous avons beaucoup voyagé. Je suis revenu en France à 19 ans.

CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière à l'époque, et quel est l'écart aujourd'hui ?

M : je trouve le métier beaucoup plus vaste et plus intéressant que je ne l'imaginai, mais je trouve la population professionnelle frustrée et mal dans sa peau. C'est stupéfiant. Je ne comprends pas ce malaise dans la profession : on peut changer de boulot facilement, la technique est valorisante, on a affaire à des personnes. Ça m'agace, cette ambiance parfois. Ce qui m'attirait c'est la technique, moi je n'ai aucune empathie. Concernant la formation, je me suis toujours demandé comment ils allaient me transformer en infirmière compétente, moi qui ai eu quatre en maths au bac et pas plus de cinq en sciences naturelles. Et je trouve que c'est extrêmement bien fait. Le début a été un peu dur.

A : moi c'est l'inverse, ce qui m'attirait c'est le relationnel. En sciences ça me manquait ça. Et puis j'ai découvert qu'il y avait de la technique aussi, et ça me plaît bien maintenant. Mais je ne sais pas ce que je vais faire après.

M : à ton âge, je n'aurais pas pu faire les études que tu fais maintenant.

A : je sais où je ne veux pas aller : en psychiatrie. Parce que psychologiquement ça me bouffe. C'est très intéressant, mais après un mois de stage, je suis lessivée. Et la pédiatrie, c'est pas mal, les enfants ça va mais les enfants malades c'est dur. Je ne sais pas comment m'y prendre avec les enfants.

M : moi je me suis découvert une patience que je ne me connaissais pas. Je suis capable d'écouter. Avant j'étais plutôt speed. Avec le patient, ça va. Par contre, je ne supporte pas les pauses, par le manque de culture, d'intérêt culturel des infirmières. Et les pauses sont consacrées soit aux conflits, soit aux enfants, soit la cuisine, soit aux magazines féminins ; et j'ai beaucoup de mal. Je trouve ça très superficiel. Le côté un peu intellectuel me manque.

CB : vous diriez que c'est au niveau des compétences techniques que vous avez un manque ?

M : tout à fait. Je suis la championne du relationnel mais la technique, j'ai peur de faire mal, dont je suis mal à l'aise et ça se voit. Mais je ne m'inquiète pas trop : par exemple, sur mon dernier stage, j'ai posé environ 40 aiguilles de Huber sur des CIP, et je maîtrise maintenant, donc je ne m'inquiète pas trop.

A : moi je n'arrive pas à parler pendant le soin. Et ma voix n'aide pas le patient.

CB : êtes-vous satisfaits d'être ici ? Repérez-vous vous des différences avec les autres étudiants ?

58 A : celles de Bagatelle, elles sont superbes, souvent elles sont blondes.
59
60 M : oui il y a un côté port de tête, un peu coincé.
61
62 A : ils sont un peu snobs quand même, certains nous prennent un peu de haut.
63
64 M : et puis, ils sont très fiers de leur école, ils la portent en étendard.
65
66 A : moi je ne vois pas pourquoi je ne pourrai pas être aussi fière de mon école.
67
68 M : Pellegrin à la réputation d'avoir des formateurs super cool, d'avoir une certaine liberté. Et
69 moi je ne le ressens pas comme ça.
70
71 A : c'est marrant, je croyais que c'était Charles Perrens que l'on voyait comme ça.
72
73 M : oui, nous et eux. Xavier Arnoz, ils sont neutres. Et puis, je suis très surprise par le
74 niveau des étudiants de la Croix-Rouge, qui n'est pas très bon, niveau connaissances. Je les
75 trouve moins carrés sur les soins. Bagatelle et la Croix-Rouge sont les deux écoles que j'ai
76 tendance à stigmatiser, sur des choses positives ou négatives.

Extraits E1 P3 G4 (47'03)

1
2
3 L : 36 ans, mariée, deux enfants de 8 et 6 ans et demi, bac D, après un an aux États-Unis, deux
4 premières années de médecine, puis licence en arts du spectacle et trois ans dans une école
5 semi-professionnelle, et j'ai travaillé comme intermittente du spectacle pendant plusieurs
6 années, et il y a huit ans s'est posée la question de la reconversion professionnelle ; bilan de
7 compétences à l'ANPE, étude des possibilités : orientation vers le métier d'infirmière parce
8 que formation possible, parce que prise en charge possible, parce que intérêt pour les
9 professions médicales. Ma mère était employée, mon père était entrepreneur, agriculteur,
10 employé.

11
12 C : 21 ans, bac L, j'ai échoué au concours infirmier l'année du bac, fac en LEA espagnol, j'ai
13 retenté les concours infirmiers que j'ai eus. Mon père est médecin et ma mère
14 psychomotricienne.

15
16 G : 20 ans, bac L, je suis bretonne, concours sur Bordeaux après une année de prépa. Ma mère
17 est retraitée institutrice et mon père est agent de maîtrise dans une entreprise de carrosserie.

18
19 LO : 22 ans, bac ES, j'ai redoublé deux fois ; Mes parents sont tous les deux médecins.

20
21 M : 31 ans, mariée, une petite fille de quatre ans, bac S, deux premières années de médecine
22 puis je suis partie au Canada où je donnais des cours dans un lycée français, puis j'ai fait des
23 études au Québec pour être éducatrice de jeunes enfants, je suis partie travailler en Angleterre
24 puis en Argentine puis en Espagne. De retour en France, j'ai fait un BTS tourisme. Puis j'ai
25 élevé ma fille pendant deux ans et j'en ai eu assez de rester à la maison, j'ai cherché une
26 occupation, et ma belle-sœur m'a dit qu'elle me verrait bien dans cette profession. J'aimais
27 bien tout ce qui était relations humaines. Mon père était médecin généraliste et ma mère
28 infirmière.

29
30 CB : quelle image aviez-vous de l'infirmière avant de rentrer à l'IFSI ?

31
32 M : une personne qui s'occupait des patients, qui était à l'écoute des patients, mais je la voyais
33 comme quelqu'un qui exécute les prescriptions médicales, c'est tout. Sans que ça soit
34 péjoratif. Elle n'avait pas forcément à réfléchir, sans que ça soit négatif. Mais il n'y avait pas
35 ce côté, on apprend les pathologies, on essaye de repérer les signes, pas du tout.

36
37 L : et toutes les responsabilités. Veiller au bien-être, au confort, appliquer les prescriptions
38 médicales mais sans avoir toutes ces responsabilités. Quant à la surveillance des traitements,
39 l'application des prescriptions.

40
41 LO : moi j'avais une vision de quelqu'un de très proche des patients, qui assumait les toilettes.
42 Quand je me rends compte que c'est très rapide, que quand on passe dans les chambres on n'a
43 pas le temps de créer un lien social avec les patients. J'avais vraiment l'utopie d'aider les
44 patients, d'être dans un rapport d'échange. Je suis un peu désenchantée sur ce plan-là, de me
45 rendre compte que ce n'était pas ça.

46
47 L : ce qui m'intéressait, c'était la gériatrie, mais quand on voit qu'il y a une infirmière pour
48 250 résidents, qu'elle ne fait que préparer les traitements, et soigner les bobos. Côté discussion
49 il y a zéro.

50
51 LO : on profite de notre statut d'étudiant pour justement partager ces moments-là qu'on ne
52 pourra plus faire après. J'ai l'impression que c'est un travail à la chaîne. On passe de chambre
53 en chambre rapidement pour assurer ce qui est prioritaire, c'est-à-dire les soins.

54
55 M : même en posant une perfusion ou en faisant un pansement, on peut être en relation avec
56 le patient sauf qu'il faut se dépêcher pour finir dans les temps. Et toute la paperasse ! C'était

57 mon premier stage, et j'ai été étonnée, je me disais qu'elles n'avaient pas le temps d'aller dans
58 les chambres. Et je me suis demandé si je ne voulais pas plutôt être aide-soignante.
59 Tous : moi aussi je me suis posé cette question.
60 G : ça dépend des services, mais les aides-soignantes sont pratiquement tout le temps avec les
61 patients, hormis le temps des transmissions.
62
63 M : et elles ont moins de responsabilité, c'est pourquoi elles sont plus à l'écoute et plus
64 détendues.
65
66 G : moi c'est le cadre juridique que je ne voyais pas du tout comme ça, et le travail d'équipe
67 plus présent, plus prononcé que dans la réalité.
68
69 L : à l'IFSI, le travail d'équipe est très idéalisé, on travaille tous main dans la main, la
70 collaboration. On présente dans cette école le travail d'équipe comme la situation de travail
71 idéal ; or, dans les transmissions, personne ne s'écoute, la parole des uns n'est pas forcément
72 prise en compte par les autres
73
74 M : les aides-soignantes souvent n'ont pas leur mot à dire, elles partent avant la fin des
75 transmissions. En tant que fille de médecins, j'ai été choquée par cette rivalité qui peut exister,
76 en quelque sorte une lutte des classes, moins marquée en clinique. Des gens se regroupent par
77 métier : les A.S. avec les A.S., les infirmières avec les infirmières etc. Les infirmières mais
78 aussi les médecins sont comme des personnes inaccessibles, à qui il est très difficile de parler.
79 Il ne faut pas s'en faire un monde. Il y a trop un rapport de hiérarchie.
80
81 L : il y a aussi une certaine culture professionnelle : les médecins ont leur salle de garde pour
82 décompresser, nous on a la tisanerie ; et quand ils viennent nous envahir pour boire un café,
83 on souffle. Il existe des structures où cette scission entre les professions et beaucoup moins
84 marquée comme en hôpital psychiatrique.
85
86 M : ici, il y a parfois un esprit militant un peu agaçant : au départ en stage, les profs nous
87 disaient : « ne vous laissez pas marcher sur les pieds par les médecins, faites leur écrire leurs
88 prescriptions ». Ça ne fait que confirmer cette séparation, dans l'impression que c'est la
89 rébellion de l'infirmière contre le médecin. Et je trouve ça dommage, car on travaille
90 ensemble.
91
92 C. Souvent, ces conflits viennent de la méconnaissance du travail de l'autre : les A.S. se
93 plaignent des infirmières qui restent tout le temps dans le bureau, mais sans savoir ce qu'elles
94 font exactement. Et les infirmières se plaignent des A.S. parce qu'elles sont tout le temps en
95 pause. Et les médecins, on ne sait pas ce qu'ils font.
96
97 *Discussion sur la place des ASH*
98
99 M : pour enlever ces barrières, il faudrait que tous les acteurs puissent se retrouver autour d'un
100 repas.
101
102 Toutes : il n'y a pas de reconnaissance de nos responsabilités.
103
104 LO : combien de fois on entend dans l'opinion publique, trois ans pour faire infirmière ? C'est
105 long pour ce que c'est.
106
107 Toutes : il faut être dévoué pour faire ce métier, c'est un sacerdoce ! On s'insurge contre ça.
108 On a une vie de famille. Une vie privée.
109
110 *Discussion sur les étudiants qui ont été collés au diplôme d'État, sur la pression de*
111 *l'évaluation.*
112
113 CB : pensez-vous que la formation est la même partout ?

114
115 M : on a le même diplôme, mais la formation est différente. C'est ce qui est ressorti des
116 échanges qu'on a eu avec les étudiants d'ailleurs qui venaient pour les modules optionnels. À
117 Charles Perrens, c'est beaucoup plus psy et beaucoup plus cool.
118
119 L : ils sont plus soutenus, il n'y a pas de redoublement.
120
121 LO : ici, je trouve qu'on est très suivies, guidées tout le temps, mis dans une direction ; à
122 Charles Perrens, ils sont un peu livrés à eux-mêmes.
123
124 C : ils sont responsabilisés, on ne leur met pas de stress. S'ils ont un TD, et s'ils ont envie de
125 partir au bout d'une demi-heure ils peuvent le faire. Ils sont acteurs et responsables de leur
126 formation. Ça ne pose pas de soucis. C'est beaucoup plus « Peace and Love ».
127
128 LO : à Bagatelle, ils sont beaucoup plus axés sur la communication et c'est beaucoup plus
129 strict.
130
131 L : de l'extérieur, on dit qu'à Pellegrin on forme des petits médecins.
132
133 C : et les évaluations modulaires de Charles Perrens sont beaucoup moins compliquées que
134 les nôtres.
135
136 M : et puis les enseignantes sont toutes différentes, n'ont pas la même manière de fonctionner.
137 Et ce n'est pas toujours rassurant. Le changement des formatrices en 3^{ème} année nous a
138 beaucoup déstabilisées, c'est hallucinant. Déjà qu'on était dans un état de stress. On avait
139 besoin de repères.
140
141 L : je crois que ça a été mal vécu des deux côtés.
142
143 M : en même temps, les formatrices sont très accessibles quand on veut des précisions, ou
144 qu'on a des interrogations par rapport à notre avenir professionnel.
145
146 CB : auriez-vous aimé suivre votre formation ailleurs qu'ici ?
147
148 L, M : Charles Perrens
149
150 LO : Xavier Arnozan, puis Charles Perrens
151
152 C : Charles Perrens
153
154 L : même ici, il y a trois écoles dans une : il y a des différences entre la première, deuxième et
155 troisième année.
156
157 M : et puis ça dépend des attentes de chacun : et des étudiants qui viennent ici mais qui ne
158 veulent pas se faire d'amis, d'autres qui cherchent au contraire des copains de promo.

Extraits E2 P3 G1 (44'43)

- 1
2
3 F : stressée, et un peu de la pression, mais rentrer dans le monde du travail, chercher du
4 travail. De notre côté, on est bien protégé pendant les études.
5
6 P : beaucoup de stress, perpétuelle remise en question : suis-je ou non capable ? Envie d'en
7 terminer et en même temps peur de commencer à travailler, tout en étant responsables et en
8 n'ayant plus le statut d'étudiant.
9
10 CB : le statut d'étudiante donnerait une certaine sécurité, une protection...
11
12 F : mais c'est assez inconfortable, je ne sais pas si c'est parce que j'ai 30 ans, mais ce statut
13 commence à me saouler. Maintenant, c'est un peu différent, on sent qu'ils ont envie de nous
14 recruter, ils nous disent d'aller postuler. Ils nous voient plus comme un futur collègue. On a
15 moins de responsabilités, quand on sera infirmier, il n'y aura personne qui viendra vérifier
16 derrière nous.
17
18 CB : à deux mois de la fin de la formation, comment estimez-vous vos compétences ?
19
20 F : là je suis en dialyse, alors ce n'est pas le bon exemple pour faire le point sur mes
21 compétences. Dans le prochain stage, je vais en post réanimation médicale, et là je pourrais
22 mieux faire le point.
23
24 P : moi, je suis en réanimation en stage pré professionnel, et on n'est pas lâché comme ça ;
25 j'ai mes patients, mais l'infirmière passe toujours derrière moi pour vérifier. Mais je reconnais
26 qu'il y a des jours quand je suis fatiguée, où je vais cafouiller. Et on se fait souffler dans les
27 bronches, parce qu'on est à la fois en formation et que l'on est censé pouvoir assurer. C'est sûr
28 qu'il n'y aura plus personne pour vérifier derrière nous, mais pendant ces trois ans on a appris
29 un certain nombre de choses : des connaissances théoriques, et on sait faire un minimum de
30 soins. Pour certains services, on peut se débrouiller. On essaiera de faire au mieux, en notre
31 âme et conscience. Et puis on aura toujours des collègues, on pourra leur demander de l'aide,
32 on ne sera pas tout seul. Mais chez moi, il y a quelque chose qu'il faut que je continue à
33 travailler, c'est la confiance en moi.
34
35 F : j'ai acquis pas mal de soins techniques, certains réflexes, on n'a pas besoin de me dire
36 d'aller faire ça ou ça, mais c'est plus l'organisation qu'il faut que j'améliore. Et une certaine
37 confiance en moi aussi, mais je n'ai pas de mauvais retour. Et puis il y a le côté : on sait ce
38 qu'on perd, on ne sait pas ce qu'on gagne.
39
40 CB : et que perdez-vous ?
41
42 F : on se plaint pendant la formation, on dit qu'on en a marre, que les études sont chiantes ; et
43 puis, on se dit qu'on n'était pas si mal en fin de compte, c'était sympa quand on allait en cours,
44 on voyait les copains. On sait qu'on ne l'aura plus. Et puis c'est commencer autre chose, aller
45 postuler pour un travail, savoir où on va aller travailler.
46
47 P : et puis ça va être un autre rythme de vie. Pour moi, c'est moins stressant l'école que le
48 stage, le côté professionnel. Et puis il y a le côté collégial, camarades de promo, c'est agréable
49 ; et en stage on se sent plus seul.
50
51 CB : quand vous travaillerez, la collégialité, ça sera vos pairs c'est-à-dire les infirmières de
52 l'équipe...
53
54 F : oui c'est ça qui me fait un peu peur ; dans le stage où je suis et où je me plais, j'ai
55 l'impression que j'ai un peu de mal à m'intégrer, à me faire accepter. Et parfois, il y a quand
56 même une sale ambiance au travail.

57 P : dans le monde du travail, très rapidement, on dénigre les collègues ; alors qu'ici, à l'école,
58 ça existe moins entre les groupes.
59

60 F : ce sont des langues de vipères. Pas toutes, mais au moins un tiers.
61

62 P : et puis dans l'équipe, il y a toujours une qui prend le dessus, et les autres qui vont suivre
63 comme des moutons. Ça me fait rire. Enfin maintenant parce que quand je serai diplômée ça
64 me fera moins rire. À l'école, il y a plus ce côté solidaire que dans certaines équipes.
65

66 F : moi je sais que j'ai besoin d'être aimée, d'être reconnue dans mon travail. Mais parfois ce
67 n'est pas que sur le travail que les infirmières disent quelque chose. Une infirmière part du
68 principe qu'elle est la seule à bien travailler. Et que les autres font systématiquement mal.
69 Toutes les infirmières pensent ça. Peut-être que je serai comme ça quand je travaillerai, ça me
70 saoulera si les gens ne font pas bien comme moi.
71

72 P : on travaille avec de l'humain, on a de grosses responsabilités c'est ça qui me fait peur. Il
73 n'y a pas que nos vies personnelles en jeu. Et tout ne dépend pas de nous.
74

75 CB : quel regard portez-vous sur votre formation ?
76

77 F : en toute honnêteté, il y a des trucs qui... La démarche de soins, ou la relation soignant
78 soigné, ce sont des choses qui n'ont pas besoin d'être théorisées. On a fait des tas de choses
79 inutiles pendant la formation. Ce sont des lapalissades. La démarche de soins, c'est pareil :
80 problèmes liés à... Qu'on mette les actions oui, mais les objectifs et tout ça non. Je vous dis
81 ça à vous, qui êtes formatrice et partie prenante. Les objectifs, c'est une connerie. Et j'ai eu
82 l'impression de perdre mon temps avec les démarches de soins.
83

84 *Discussion sur la difficulté de réaliser une démarche de soins, la nécessité de l'écrire*
85

86 P : on a des TD qui ne servent à rien. Présence obligatoire pour des choses inutiles. Et à côté il
87 y a des cours magistraux sur les pathologies qui ne sont pas obligatoires et qui devraient l'être.
88

89 F : je ne suis pas d'accord : en TD, on est là pour réfléchir avec nos collègues, pour échanger
90 avec eux. Ce sont des moments assez agréables, où les profs ne sont pas là.
91

92 CB : et un côté positif ?
93

94 F : moi j'ai adoré la psy, les sciences humaines. L'alternance des stages aussi, et puis on a fait
95 tellement, qu'on a vu plein de choses, plein de disciplines. La MSP en soi ne m'a jamais
96 gênée, ni fait stresser. Le plus compliqué, c'est que tout est en même temps : l'évaluation, le
97 TFE. J'ai l'impression d'être en apnée constamment.
98

99 P : ça a été intensif, et j'ai dû faire des choix dans les priorités : j'ai arrêté de faire du sport. Et
100 les amis, je les vois moins, ils sont loin de tout ça.
101

102 CB : À vous écouter, je me demande si c'est intensif ou intense...
103

104 P : les deux. En stage on est confrontée parfois à certaines situations très lourdes, c'est
105 difficile de prendre de la distance, on est des humains. Je voudrais que ça ne me touche pas,
106 mais je suis un être humain. On le sent, quand c'est le moment de prendre de la distance. C'est
107 comme un réflexe de survie, sauve ta peau.
108

109 CB : vous souvenez-vous de la vision l'infirmière que vous aviez au début, avant de rentrer ?
110

111 F : je ne m'en souviens pas trop. Je crois que ça n'a pas trop évolué. En fait, je n'en sais rien.
112 Je ne suis pas surprise par le métier, mais par les gens que je peux rencontrer dans les services
113 : je me demande comment ils ont fait pour avoir leur diplôme. Je suis étonnée par le niveau de
114 discours. Et des infirmières ne sont pas toujours très infirmières. Il y a des cons partout.

115
116 P : moi quand je suis arrivée, j'étais très naïve : tout le monde il est beau, tout le monde il est
117 gentil. Premier stage, la crèche : je continue avec ma petite utopie. Deuxième stage : chirurgie
118 ; ça a changé, c'était très dur. Par contre je n'avais aucune idée des responsabilités de
119 l'infirmière, ça m'est tombé sur la tête. La vision que j'avais de l'infirmière était beaucoup plus
120 insouciante, beaucoup plus naïve. Je ne voyais pas cette surveillance de l'état clinique qui est
121 très importante, toute la paperasse non plus.
122
123 CB : avez-vous rencontré des étudiants d'autres IFSI ?
124
125 F : il est de coutume de dire que selon les écoles les orientations sont différentes : la Croix-
126 Rouge portée sur l'humanitaire. Moi je ne vois pas. Je pense qu'on est tous un peu les mêmes.
127 Nous à Pellegrin, on a la réputation d'être très autonomes. Alors qu'à Xavier Arnozan, ils sont
128 plus cadrés ; à la Croix-Rouge c'est presque une famille, ils partent en stage à l'étranger pour
129 faire de l'humanitaire ; à Bagatelle, c'est militaire, très cadré, ils sont tenus par une main de
130 fer.
131
132 P : à Charles Perrens, je les trouve moins stressés que les autres, portés sur la psy, ils ont
133 moins d'appréhension.
134
135 F : au module optionnel, j'ai trouvé qu'ils avaient tous la grosse tête. Ils avaient un côté tous
136 très artiste, ils nous prenaient pas mal de haut. Ils sont tellement fiers d'être à Charles Perrens.
137 Je n'ai pas vu beaucoup de différence. Ah Si!, à la Croix-Rouge, ils disent « TF » et non
138 « TFE ». Aux étudiants de Charles Perrens, en psy, il ne faut pas leur en raconter, parce qu'ils
139 savent tout. Alors qu'on est loin d'être à la ramasse en psy, je ne me suis pas sentie larguée. Ils
140 ont un petit côté intellectuel parisien que j'ai trouvé un peu agaçant.
141
142 P : j'ai trouvé les étudiants de Bagatelle assez speed, on sent qu'il y a la pression derrière ;
143 Xavier Arnozan, ils sont assez similaires à nous ; Croix-Rouge, (*silence, soupir*)... En fait ils
144 sont tous comme nous. Un peu stressés par les études, pleins de questions.
145
146 F : mais ce ne sont pas les mêmes MSP. Même pour le TFE, ils partent d'une situation mais
147 où ils ne sont pas forcément acteurs, ce n'est pas pareil.
148
149 P : oui il y a des différences sur la méthode du TFE, sur comment on traite de différents
150 sujets. Pour le TFE, à Xavier Arnozan, ils sont suivis pas à pas et doivent suivre un calendrier
151 très strict. Nous c'était un peu plus libre. On était plus autonomes par rapport au calendrier.
152
153 F : et puis on ne leur demande pas la même chose. Ils doivent faire une critique d'une façon de
154 faire. Nous, on ne doit pas juger quelque chose qui s'est passé en service, ni le travail d'une
155 personne ; ce qu'on nous demande de critiquer c'est notre propre travail. Et donc
156 inévitablement la relation soignant soignée

Extraits E2 P3 G2 (1h6'53)

1
2
3 L : il y en a marre ! On est au bord du burn-out.
4

5 M : moi je suis contente d'avoir passé la soutenance de mon TFE hier, je n'ai plus que les
6 pratiques. C'est bien de revenir à l'école, pour se remonter le moral collectivement. On se rend
7 compte qu'on n'est pas la seule à être mal.
8

9 J : le principe de réalité, c'est qu'il reste quand même deux mois, et deux épreuves majeures.
10

11 *Excitation, rires, difficiles à recentrer.*
12

13 CB : quel regard portez-vous sur votre formation ?
14

15 M : je la trouve très dure, c'est une formation assez prenante, stressante. Je ne pensais pas que
16 ça allait être comme ça. Après ça ne change rien à l'intérêt du travail.
17

18 L : moi ce que je trouve plus flagrant, c'est le poids des responsabilités. Je n'en avais pas du
19 tout conscience avant de commencer la formation ; l'infirmière avait des responsabilités, mais
20 pas à ce point. Surtout quand on nous fait le cours sur les responsabilités infirmière la veille
21 de partir en stage, ça c'était cruel.
22

23 C : c'était l'épée de Damoclès, qui est descendue d'un cran.
24

25 J : ça casse un peu l'image. Au début, j'avais une image un peu idéalisée de l'infirmier et plus
26 ça avance, plus on en connaît la réalité, il y a un fossé entre ce qu'on s'imagine et la réalité.
27 L'émission d'hier à la télé finissait en disant que, quelque soit l'erreur médicale, elle était
28 improuvable, que l'hôpital aurait toujours raison. On nous pose un peu en bouc émissaire.
29

30 C : et on nous pousse aussi à la faute, dans le sens où il y aura de moins en moins de
31 personnel, forcément on se trouvera en difficultés. On sera responsable.
32

33 L : et puis, on arrive, on débarque, on est frais et plein d'illusions, j'ai encore envie d'être
34 utopiste.
35

36 J : il faut un minimum d'espoir, parce que si on reste très concret et très réaliste...
37

38 L : moi ça me fait froid dans le dos d'arriver dans un service, et de voir certains
39 fonctionnements qui sont en route et qui nous choquent, et que les soignants n'en disent rien.
40 Ce qui me terrifie, c'est d'être prise dans un fonctionnement et de ne pas avoir assez de recul
41 pour voir que ça dysfonctionne.
42

43 M : ce que je trouve difficile, ce sont les problèmes d'équipe. J'étais pleine d'illusions. Je
44 pensais que dans les services comme ça, où on voit les gens mourir, je pensais qu'il y avait
45 une certaine cohésion d'équipe, qu'il y avait pas de critiques comme ça, c'est impressionnant.
46 Des critiques entre elles ; je ne sais pas si c'est parce que c'est un monde de femmes, et c'est
47 terrible. C'est ça qui me gêne dans ce boulot.
48

49 L : ça, ça va être une de mes conditions de choix de poste.
50

51 M : à moi aussi ! Qu'est-ce qu'elles ont toutes ces bonnes femmes ! L'hôpital c'est comme
52 ailleurs il y a parfois des crêpages de chignon.
53

54 Ch : les malades le savent ça, et parfois ils s'en servent.
55

56 J : en tant que stagiaire, on est parfois pris à partie entre deux personnes qui sont en conflit, on
57 me demande ce que j'en pense, justement je ne suis pas là pour en penser quelque chose. Je ne
58 veux pas choisir de camp.

59 CB : ce sont les relations de travail...
60
61 M : je trouve qu'elles sont un peu compliquées. Ça pourrait super bien se passer, et je ne
62 comprends pas pourquoi certains moments ça dérape. Je trouve ça fatigant, surtout quand on
63 voit des patients qui ne sont pas bien, ça devrait nous aider à relativiser.
64
65 Ch : mais au début des stages, on ne rend pas compte de ça. Tout semble bien se passer. Et
66 puis petit à petit, ça se voit et on se dit « hou ! Celle-là, elle est habillée pour l'hiver ! »
67
68 CB : pouvez-vous aujourd'hui vous appuyer sur certaines compétences ?
69
70 J : on parle beaucoup des relations de travail, justement parce qu'on a des certitudes de
71 sérénité, par rapport à la pratique, on regarde un petit peu ce qui se passe autour. Avec le
72 patient, on commence être beaucoup plus à l'aise ; du coup, on regarde ce qui se passe dans
73 l'équipe.
74
75 M : par rapport aux soins, on est peut-être pas au top, mais on sait qu'il y aura des soins qu'on
76 ne verra pas, on demandera à la collègue. C'est comme ça, on a une formation qui veut ça.
77
78 J : maintenant, on a des capacités d'adaptation, on a des fondamentaux qui font que, même si
79 on n'a pas vu un soin, on pourra se débrouiller.
80
81 Ch : on connaît les critères de soins, et on a acquis des réflexes.
82
83 M : si on a à faire un pansement très complexe, on mettra plus de temps qu'une autre, mais on
84 n'y arrivera en le décomposant. Pour l'organisation, c'est un peu pareil : ou on me fait penser à
85 ce que j'ai oublié, ou j'y aurais pensé après et je serais revenue dans la chambre. Ce qui me
86 rassure, c'est de voir qu'une infirmière qui arrive de réanimation, qui avait donc deux patients
87 en charge, arrivant dans le service où je suis, est complètement perdue. Elle est au même
88 niveau que moi.
89
90 Ch : je crois que je n'aurais pas trop de problème à demander à un étudiant, ou à un jeune
91 diplômé, des conseils sur des soins que je ne saurais pas faire.
92
93 CB : que pensez-vous de l'alternance ?
94
95 L : j'ai appris qu'autrefois, l'alternance était journalière : stage le matin, cours l'après-midi.
96 Comme les externes en médecine.
97
98 M : c'est peut-être fatigant, mais je trouve que le problème avec cette formation en alternance
99 c'est que les intervalles sont trop grands : trois mois de cours entre deux stages. Du coup, ce
100 qu'on a appris dans un stage, on ne sait plus le faire, parce qu'on n'a pas pratiqué pendant
101 longtemps. On n'a plus la dextérité acquise auparavant. Pour peu qu'après on aille en
102 psychiatrie... Ce qui va se passer, qu'on peut arriver en 3^{ème} année sans avoir fait certains
103 soins : je vais passer mon diplôme en réanimation, alors que je n'ai jamais fait de stage en
104 SMUR. Ça dépend du parcours qu'on a eu pour formation.
105
106 CB : je ne sais pas si c'est très bien de faire ses entretiens à la fin de la formation...
107
108 Tous : (*éclats de rire*) pourquoi ? Parce que ça ressemble plus à de la psychothérapie ?
109
110 M : parce qu'on a parlé du burn-out des étudiants, mais il y a aussi celui des enfants : moi ma
111 fille, elle en a littéralement assez de ma formation.
112
113 CB : c'est compliqué, mais vous avez réussi à la mener au bout.
114
115 M : et les gens ne se rendent pas compte : « mais c'est sympa d'être étudiante ! C'est bientôt
116 fini ! » Et puis ce n'est qu'un examen. On est toujours dans le stress, il faut toujours travailler.

117
118 Tous (*cacophonie*) et puis ce n'est qu'infirmière !
119 C : je vis comme un ermite entre le stage, le TFE.
120
121 L : la formation est un énorme travail sur soi, de perpétuelles remises en question, c'est une
122 formation déstabilisante. On a l'impression de se déplacer sur des sables mouvants.
123
124 M : une remise en question oui, mais elle ne devrait pas être perpétuelle.
125
126 J : avant, j'ai été très vexé de ne pas réussir à faire certains soins ; maintenant je le prends
127 beaucoup mieux. Je réussis à faire le prochain.
128
129 Ch : c'est mal vu de dire alors qu'on est encore étudiant, je n'ai pas cette façon de faire, même
130 si je respecte totalement les critères de soins. On travaille avec eux, on doit faire comme eux.
131
132 C : quand elle est là, je fais comme elle veut ; quand elle n'est pas là, je fais comme je pense.
133
134 *Discussion sur la difficulté d'encadrer des étudiants du semestre 1 qui trouvent trop difficile*
135 *de faire une toilette complète au lit, en respectant les critères de soins.*
136
137 L. : C'est très compliqué, il faut un sacré savoir-faire pour pouvoir faire la distinction entre le
138 travail, ce qu'on produit et ce que l'on est.
139
140 CB : vous avez rencontré des étudiants d'autres IFSI. Quel regard portez-vous sur eux ?
141
142 M : j'aime bien rencontrer d'autres étudiants, il se crée vite une cohésion entre nous.
143
144 C : pas toujours. Je me rends compte que par rapport à l'encadrement, ça ne sera pas toujours
145 évident. Certains étudiants remettent toujours en question les réponses qu'on peut faire à leurs
146 questions.
147
148 M : en regardant certains étudiants, je me compare à eux ; je me demande si, lui, va arriver à
149 gérer les choses, et que moi je suis la dernière des connes ou si c'est à peu près mon niveau.
150 Et quand je vois qu'il est un peu perdu, j'adore. J'ai surtout rencontré des étudiants avec qui
151 j'ai bien rigolé, ou avec qui j'ai bien pleuré.
152
153 C : ce qui est bien, ce sont les exploitations de stage, on se rend compte que d'autres étudiants
154 vivent les mêmes choses que nous, les mêmes échecs ou les mêmes situations un peu
155 problématiques.
156
157 Tous : oui, ça, ça nous aide beaucoup.
158
159 CB : il y a donc une solidarité, une entraide. Arrivez-vous à faire une distinction entre les
160 étudiants ?
161
162 M : les étudiants de Charles Perrens sont cool, zen, tout ce qu'ils disent c'est bien, on ne leur
163 met pas la pression.
164
165 L : j'ai entendu dire qu'à Pellegrin, on avait une image de petits médecins. Ceux de Xavier
166 Arnozan doivent faire un TFE beaucoup plus dense que nous, avec une enquête sur le terrain.
167
168 M : c'est comme entre nous, il y a le premier de la classe et le dernier. Je ne crois pas que c'est
169 parce qu'on a 18 en théorie qu'on sera une bonne infirmière. Certains d'entre nous, parce qu'ils
170 ont de meilleures notes que les autres, pensent qu'ils n'auront pas le même diplôme que leurs
171 camarades. Ça doit être pareil suivant les écoles.
172
173 L : il existe quand même des cultures différentes : la culture Croix-Rouge, la culture Bagatelle
174 ou Pellegrin. Mais ce qui compte c'est la personnalité des étudiants. On trouve dans la
175 formation ce qu'on y apporte.

176
177 J : en pratique, on a tous les mêmes lieux de stage. Je ne pense pas que soit l'étiquette sur la
178 blouse, on est passé par les mêmes stages. Je ne pense pas qu'il y ait une grosse différence.
179
180 M : et puis tant mieux si c'est différent.
181
182 L : il y a des méthodes pédagogiques différentes selon les écoles.
183
184 J : quand on rencontre une infirmière issue de Pellegrin, le contact est plus facile, on a des
185 points de discussions communs.
186
187 M : j'ai rencontré une patiente psychotique qui me disait que Pellegrin, c'était nul, que la
188 mieux c'était Bagatelle. (*Rires*) Mais je sais que c'est ce qu'on dit. Mais si untel qui sort de
189 Bagatelle pense qu'il est le meilleur, grand bien lui fasse.
190
191 J : certaines personnes ont cette impression de hiérarchie. Ma sœur sort de Bagatelle. J'ai
192 l'impression qu'ils ont été formés dans une dynamique pas forcément d'être les meilleurs mais
193 en tout cas de ne pas être mauvais. Il y a une forme d'autosatisfaction.
194
195 M : oui c'est comme ça qu'on nous en parle en stage : Bagatelle ce sont les meilleurs ; la
196 Croix-Rouge, ils sont nuls. On nous classe comme ça en stage.
197
198 L : j'ai pu voir le regard des étudiants qui venaient faire un module optionnel ici : ils étaient
199 étonnés par la manière dont se passaient les TD (l'émargement, le travail à faire qui n'avait
200 selon eux aucun lien avec le thème), c'est pour ça que je parle de culture différente.
201
202 M : À Charles Perrens, ce n'est pas du tout comme ça : c'est plutôt « la petite maison dans la
203 prairie ». À la fin du module, la prof nous distribue des brins de lavande. (*Rires*) ceci dit, je
204 trouve qu'ici on a quand même des profs avec qui on peut discuter, à qui on peut demander
205 conseil. Ce n'est pas tout négatif chez nous quand même. Il y a quand même cette pression
206 permanente que je ne comprends pas.
207
208 J : fatigué mais content de cette formation.
209
210 M : contente mais je ne la referai pas. Et encore ça va mieux qu'en 1^{ère} année je pensais ne
211 jamais y arriver. Par contre je trouve que ce n'est pas une formation pour quelqu'un qui n'a pas
212 confiance en soi. La soutenance du TFE ne s'est pas bien passée ; de toute façon, des aides-
213 soignantes, il en faut aussi ! (*Rires*)

Extraits E2 P3 G3 (60'04)

1
2
3 J : contente d'arriver au bout, d'en finir. Un peu fatiguée car les stages de huit semaines c'est
4 long, on n'a pas l'habitude. Et le stress qui arrive avec la soutenance, le diplôme dans un mois
5 et demi.

6
7 *Discussion sur des lieux de stage loin de l'IFSI.*
8

9 J : c'est à la fois long et je trouve que c'est passé très vite (*les autres sont d'accord*)
10

11 S : dans le stage pré-professionnel, par rapport à la 2^{ème} année même, je trouve que beaucoup
12 de choses ont changé : les relations avec les médecins, les infirmières ; on est différentes, on a
13 l'impression d'être un peu plus pris au sérieux, en même temps je trouve qu'on a un peu plus
14 confiance en nous. Les médecins qui nous parlent alors que d'habitude ils nous parlent pas,
15 qui nous posent des questions, viennent nous voir quand il y a quelque chose. Même si on est
16 toujours considérée comme étudiante.
17

18 L : je l'avais remarqué dans mon deuxième stage de 3^{ème} année, l'été. Les internes venaient
19 s'adresser à moi pour mes patients, ils me prenaient au sérieux. Et la formation a passé très
20 vite. La deuxième année a été très longue pour moi.
21

22 S : en 1^{ère} année, je me disais que je n'y arriverai pas, ce n'était pas possible d'arriver jusqu'au
23 bout. Jusqu'à la dernière évaluation je n'y croyais pas. Là je commence à y croire. Aujourd'hui
24 j'ai l'impression d'exister en tant qu'infirmière. Même moi, je me cachais derrière mon statut
25 d'étudiante, même si j'en profite encore un peu. On essaie de prendre des responsabilités mais
26 en même temps, on n'en prend pas trop. On me voit un peu plus, on me considère. Je n'aimais
27 pas trop le CHU avant, et bien, j'ai un peu changé d'opinion : la présence des médecins en
28 continu, le turn-over des patients, des médecins, des étudiants. Au dernier stage, j'ai pu
29 expliquer calmement quelque chose à une patiente et mon calme m'a épatée. Je n'en revenais
30 pas. Même avec les aides-soignants, je n'ai plus l'hésitation que j'avais comme ancienne AS et
31 ils écoutent ce que je leur demande.
32

33 J : j'ai l'impression d'un grand bond en avant. Je me suis sentie à l'aise tout de suite. L'équipe
34 m'a fait confiance très rapidement, y compris les internes ; même avec les patients je me sens
35 beaucoup plus à l'aise. Je suis très contente du stage, j'aimerais travailler dans une équipe
36 comme ça, la cadre me l'a déjà proposé ; mais j'ai d'autres projets.
37

38 CB : sentez-vous aujourd'hui que vous pouvez vous appuyer sur des compétences ?
39

40 L : ce qui me fait peur c'est que dans le stage actuel je n'ai pas beaucoup de gestes techniques
41 et du coup j'appréhende les stages du diplôme qui est en chirurgie maxillo-faciale. J'ai besoin
42 de toujours plus de réassurance. Je suis un peu aujourd'hui dans un flottement.
43

44 S : on est toujours étudiant, donc il y a toujours quelqu'un au-dessus de nous qui nous juge,
45 nous évalue, nous jauge et ça, ça me freine. Pendant les deux premières semaines de stage,
46 j'étais avec une personne qui était très, très tatillonne et ça m'a poussé à la faute. J'avais
47 l'impression que tout était épié, je me concentrais pour ne pas faire de fautes et du coup j'en
48 faisais. Après, je pourrais m'organiser comme je voudrais quitte à embaucher plus tôt.
49

50 CB : pensez-vous que votre formation vous a préparé pour entrer dans le monde du travail ?
51

52 S : aujourd'hui, je me souviens de pas mal de choses, au niveau des connaissances sur la
53 pharmacologie par exemple, alors que je pensais que je ne retiendrais jamais tout ça. Les
54 connaissances sont encore là.
55

56 L : j'ai l'impression d'être dans un autre monde, vous semblez avoir la pêche et moi je crois
57 que je vais droit dans le mur. J'avais déjà ressenti ça en deuxième année mais là, plus ça va,
58 plus le je ressens.
59

60 Les autres : c'est peut-être à cause de ton lieu de stage, psychiatrie unité relais.
61

62 L : dans tout ça, je ne peux pas me le rappeler. Je ne sais pas comment l'expliquer, mais ça va
63 moyen. Je me demande finalement si c'est une bonne stratégie de prendre psychiatrie en stage
64 pré-professionnel.
65

66 S : la technique, on l'acquiert très vite. Tu verras cette équipe est très aidante, autant pour les
67 soins techniques que pour les démarches de soins.
68

69 *Discussion sur le stage pré-professionnel, la possibilité de parfaire des gestes techniques*
70 *dans ces stages, ou d'autres savoir-faire (relationnel).*
71

72 CB : vous souvenez-vous de l'image de l'infirmière que vous aviez à la rentrée ?
73

74 S : moi je m'en rappelle, c'était la fille qui savait tout faire, super capable, et je savais que je
75 ne pourrais pas faire comme elle. La plupart m'impressionnent encore aujourd'hui.
76

77 Les autres : je ne m'en souviens pas vraiment. C'est presque quelqu'un de différent de moi.
78

79 CB : que diriez-vous de votre formation ici ?
80

81 J : dur psychologiquement, moralement. Ce sont des remises en question, toujours s'adapter.
82 Pas tellement le travail.
83

84 L : toujours changer de stage, s'adapter à la nouvelle équipe. Je ne ferai jamais d'intérim en
85 tant qu'infirmière.
86

87 S : moi ça a été dur au niveau du travail personnel, avant chaque évaluation encore plus ; au
88 niveau physique, parce que je travaillais de nuit le week-end et parfois la semaine ; et la
89 troisième année qui est très dure moralement, ce qui fait que j'ai craqué en septembre, j'ai
90 perdu 8 kg. Là, je sens que je suis un peu écorchée. C'est peut-être le tort d'avoir travaillé aussi
91 en tant qu'aide-soignante pendant la formation. On nous l'avait dit pourtant.
92

93 *Discussion sur le nouveau référentiel : tous trouvent dommage qu'il n'y ait plus de MSP, de*
94 *modules optionnels.*
95

96 L : là, l'évaluation se fait tout le temps du stage et non pas en une seule fois avec la MSP.
97 Nous, on pouvait s'échapper, on n'était pas voué à l'IFSI. Alors qu'avec cette nouvelle
98 formation, ils doivent penser IFSI, manger IFSI... Il n'y a pas d'échappatoire. Et moi j'en
99 avais besoin.
100

101 S : je trouve que ce sont les équipes qui stressent plus que les étudiants, vis-à-vis de ce
102 nouveau programme.
103

104 CB : auriez-vous aimé faire votre formation ailleurs ?
105

106 S : à Charles Perrens.
107

108 L : moi n'importe où à part Libourne car on était infantilisés, on n'a pas pu sortir pendant 6h00
109 pour aller aux toilettes pendant le concours. Ni la Croix-Rouge, les apports sont moins
110 approfondis.
111

112 J : moi je n'aurais pas voulu la faire ailleurs. D'après ce qu'on entend des autres IFSI, je
113 n'aurais pas voulu faire ma formation à la Croix-Rouge. À l'école, ils ne sont pas encadrés, en

114 stage ils ne sont pas efficaces. Ils sont perdus. L'école est chère. Ils n'ont pas de self. Bagatelle
115 a une très bonne réputation mais je sais qu'elle est très stricte. Je suis très contente d'être à
116 Pellegrin.
117

118 S : Bagatelle a la réputation de mener 100 % de ses étudiants au diplôme d'État ; pourtant, il y
119 a des étudiants collés certaines années.
120

121 J : il y a des points à améliorer : l'environnement pour commencer.
122

123 S : moi c'est par rapport aux TD, que je n'ai pas trouvés toujours productifs, ce sont toujours
124 les mêmes qui bossent. Quand on a eu la possibilité de travailler nos TD chez nous, ça a été
125 un peu mieux. Et l'exploitation ne servait à rien : il aurait mieux valu distribuer un polycop
126 des réponses.
127

128 J : et parfois le temps des TD est mal calculé par rapport au travail qu'on a à faire. Ce qui m'a
129 manqué, ce sont les TP : en entrant à l'école, je pensais qu'on en aurait beaucoup plus.
130

131 L : parfois on manquait de matériel pour les TP, alors on faisait comme si.
132

133 J : ce qui m'a manqué, en cours, c'est un apport sur les pansements. Souvent, le médecin ne
134 sait pas quoi mettre sur une plaie, et ça devient de l'initiative de l'infirmière. Enfin pas de
135 l'initiative, mais elle peut discuter avec les médecins et lui donner des conseils. Et moi je
136 n'avais aucune notion. En dermatologie, je me suis trouvée perdue.
137

138 L : surtout en libéral.
139

140 CB : pensez-vous que les infirmiers qui sortent de Bagatelle sont les mêmes que ceux qui
141 sortent de Pellegrin ?
142

143 S : déjà, ceux qui sortent de Pellegrin ne sont pas les mêmes, on est tous différents. Alors avec
144 les autres écoles, c'est pareil.
145

146 L : à notre premier poste, on est tous pareils, on est tous perdus.
147

148 S : au service où je suis, il y a une toute jeune infirmière, qui vient d'avoir son diplôme, qui
149 vient d'arriver : elle est perdue.
150

151 *Discussion sur le TFE, la soutenance.*

Extraits E2 P3 G4 (46'45)

1
2
3 CB : que diriez-vous de l'acquisition de vos compétences ?... Je vous sens un peu fatigués là.
4

5 A : on en est tous au même point. Je suis contente de me dire que je vais travailler à l'hôpital
6 et que je serais doublée pendant le premier mois. Ça me rassure. Parce que là, en troisième
7 année, on a beaucoup plus de responsabilité ; on repense à notre journée de travail quand on
8 est rentré à la maison. L'équipe me laisse une marge de manœuvre car je suis en stage pré-
9 professionnel, et en même temps, ils ne perdent pas de vue que je suis toujours étudiante. Que
10 je suis toujours dans une dynamique d'apprentissage.
11

12 M : je suis en chirurgie thoracique, le stage est très dur, l'équipe est très dure. Les soins
13 techniques ne me posent aucun problème. Mais je suis incapable de prendre des décisions
14 concernant les malades. Je vais prévenir l'infirmière du secteur qui doit décider. Le jour de la
15 MSP, je ne savais pas du tout ce qu'il fallait faire. J'ai une grosse perte de confiance en moi.
16 Hier à 20h, je me suis aperçue qu'un malade avait marché sur ses drains pleuraux et il se les
17 était arrachés : je n'ai rien pu faire. Même pas comprimer comme l'infirmière a fait quand elle
18 est arrivée. Je ne sais pas gérer l'imprévu. Le reste, ça va : la surveillance du malade, des
19 traitements. En plus je suis dans un stage on ne vous lâche pas, pour moi c'est l'horreur ; j'ai
20 besoin qu'on me lâche. J'ai hâte qu'il se finisse. Et ces feuilles de bilan qu'on doit remplir tous
21 les jours, c'est plutôt négatif car on voit ce qui ne va pas, pas ce qui va, et on perd la confiance
22 en soi. Les infirmières ne voient pas le positif car le positif coule de source.
23

24 *Évocation de ces feuilles de suivi d'un étudiant de la Croix-Rouge avec des remarques*
25 *qualifiées de déplacées par les étudiants : « n'a pas un niveau de troisième année, le*
26 *redoublement est à envisager. »*
27

28 M : je vais sortir de ses études avec une réelle envie de faire ce métier, et une réelle pas envie
29 de travailler avec les gens de ce métier. Les infirmières ont trop de responsabilités : leur
30 boulot et former des élèves, et elles ne sont pas formées à nous former. Et elles ne font pas
31 toujours très bien, et je suis vite déstabilisée, écrasée.
32

33 G : je suis d'accord avec M. Je suis un service de chirurgie orthopédique Pour les soins
34 techniques ça va ; pour la prise en charge globale du patient, les transmissions, ça cafouille un
35 peu. Je pensais que deux mois allaient me suffire pour me mettre à niveau, mais non. Peut-
36 être que je suis un peu lent. Il y a pas mal de choses qui pêchent. J'ai la boule au ventre tous
37 les jours. Et je me rends compte que pour cacher ça, j'ai parfois des traits d'humour qui sont
38 inopportuns. En général, ça se passe bien avec le patient.
39

40 A : dans les services, il y a DX Care²⁹. Mais il n'y en a que trois pour les trois infirmières. Du
41 coup, moi je suis obligée de courir pour tout noter alors que je prends en charge certains
42 patients. Et je vois l'infirmière qui reste des heures à son bureau pour remplir ce machin. Je
43 trouve que c'est une régression, qui nous fait perdre de vue le cœur de notre métier qui est la
44 prise en charge du patient. Je trouve ça très dommage pour la profession.
45

46 G : le CHU de Bordeaux, c'est l'usine. Je n'irai pas travailler là.
47

48 M : tu es peut être considéré comme quelqu'un d'atypique dans ce métier, comme moi. Dès
49 qu'il y a une infirmière dans la chambre, je me sens évaluée. Seule avec le patient ce n'est pas
50 du tout pareil. Je suis toujours dans la logique de faire les choses parce qu'on m'a dit de les
51 faire, je n'en suis pas encore à pouvoir argumenter en fonction des critères de soins.
52

53 CB : que pensez-vous de votre formation ?
54

²⁹ Outil informatique de gestion du dossier des patients

55 A : j'ai vécu trois années très épanouissantes. Finalement, avec le recul, je trouve que non pas
56 si stressée que ça. Hormis la semaine avant les MSP où je suis invivable pour mon entourage,
57 je trouve que ça allait. Ensuite, ça dépend des étudiants, de leur parcours de stage. Moi j'ai
58 aimé. Je n'arrive pas à me rappeler de mauvais souvenirs, qu'il y a certainement eus. Je suis
59 plus jeune que M et G, et peut-être plus malléable. Je me dis que je vais arriver avec des
60 bases, et que les premiers jours je ne serai pas compétente. Et ça je l'ai bien accepté, et je crois
61 que c'est pour ça que ma 3ème année s'est bien passée. Par contre, la confiance en soi en
62 prend un sacré coup. Il faut être soutenu. Quand j'étais en difficulté je me suis sentie épaulée
63 par les formateurs, qui ont été disponibles. Cette formation est arrivée à un moment où il me
64 fallait ça dans ma tête.

65
66 G : même si je trouvais parfois l'école un peu trop scolaire, voire infantile, c'est un lieu où on
67 se sent quand même en sécurité même si on a envie d'en sortir très vite. Ça fait du bien de
68 pouvoir y revenir de temps en temps. Le cadre est sécurisant. Et en même temps, j'ai hâte de
69 pouvoir voler de mes propres ailes, de me sentir libre.

70
71 M : je trouve très bien l'alternance. J'ai été très soutenue par une équipe enseignante. Mais j'ai
72 beaucoup souffert du côté hyper disciplinaire, arriver à telle heure. Notamment, certains
73 enseignants qui venaient dans les salles et qui nous demandaient de leur montrer notre travail.
74 On l'avait fait pour nous. On ne l'a pas fait tant pis. On veut faire de nous des professionnels
75 tout en infantilisant un peu la manière dont c'est fait. Mais cette formation m'a épuisée car je
76 l'ai fait tout en continuant ma vie : j'ai acheté une maison, je l'ai revendue, j'en ai construit une
77 autre, j'ai eu un enfant, j'ai déménagé deux fois. Je suis ravie de ne plus à avoir à bosser chez
78 moi le soir, ne pas avoir de fiches, de démarche de soins à préparer, de cours à réviser. J'ai
79 l'impression d'être en vacances.

80
81 CB : trouvez-vous que le regard sur vous des autres professionnels, médecins, aides-
82 soignantes, a changé?

83
84 M: il est beaucoup moins compréhensif.

85
86 A : c'est moi qui m'autocritique tout le temps, et les infirmières me rassurent. Concernant les
87 aides-soignantes, en 1^{ère} année, ce qu'on faisait était normal. Maintenant, par exemple refaire
88 un lit avant un pansement, ça ne l'est plus : les aides-soignantes me remercient de l'avoir fait.
89 Quand je fais les transmissions, l'équipe m'écoute, me posent des questions. Je trouve que leur
90 regard est encore assez indulgent, assez bienveillant. Mais tout ça, ça dépend des équipes où
91 je suis passée. C'est vrai que moi aussi j'ai changé depuis la 1^{ère} année. Il faut en encaisser
92 parfois des choses : même si ce n'est pas dit, il y a certains regards, certains gestes qui en
93 disent long.

94
95 G : ce sont les patients qui nous tiennent, ce sont le moteur qui nous fait avancer.

96
97 M : moi les retours que j'ai des patients sont excellents.

98
99 *Discussion sur le projet professionnel des étudiants et soutien de G. par ses pairs.*

100
101 CB : êtes-vous satisfait de votre formation dans cet IFSI ?

102
103 G : on ne les connaît pas vraiment. Mais j'ai une idée : on n'est pas très loin de Xavier
104 Arnoz ; et un peu plus loin de la Croix-Rouge et Bagatelle. À Bagatelle, il y a la dimension
105 famille qui est un peu plus présente.

106
107 A : mais il y a aussi des exagérations : l'étudiante qui peut appeler sa formatrice sur son
108 portable et lui parler jusqu'à 4h00 du matin parce qu'il y avait eu un décès qui l'avait
109 bouleversé. C'est trop et ce n'est pas bien. À Xavier Arnoz, le stage du diplôme est de
110 quatre semaines et ils trouvent indécent que nous on ait un stage de six semaines, alors que je

111 trouve ça normal. On est la seule école à avoir un stage aussi long. Sinon je trouve que les
112 autres écoles c'est plus ou moins pareil. Il y a toujours une pseudo rivalité : nous ont fait ça,
113 vous ça. Chacun fait ce qu'il veut de sa formation en fin de compte. Je suis bien contente de
114 ne pas avoir fait de stage à Bagatelle car je n'entends que des retours hyper négatifs.
115 Apparemment, c'est un microcosme, que si on ne fait pas partie de l'école de Bagatelle, on est
116 déjà pas grand-chose, les étudiants ne déjeunent pas avec des infirmières et les aides-
117 soignantes. Je pense que ce n'est pas une bonne pub qu'on fait au système de santé.
118

119 M : je n'ai pas d'avis. Sauf que si j'avais eu 20 ans, pas de famille, pas d'enfant, j'aurai fait ma
120 formation la Croix-Rouge car ils ont la possibilité de faire des stages à l'étranger. Je trouve
121 que cette dernière année, entre étudiants, nous échangeons beaucoup, on se donne des
122 conseils.
123

124 G : c'est vrai que je ne suis pas détendu, que tout me pèse. J'ai du mal à me défaire du stage. À
125 me changer les idées. Je suis amer, je vous prie de m'en excuser, ce n'est pas très bien pour un
126 entretien.

Extraits E2 P3 G5 (57'10)

1
2
3 E : tout va bien, je sors de mon stage pré-professionnel enchantée, j'ai pris confiance en mes
4 capacités et surtout j'ai pris du plaisir à aller tous les jours en stage, ça peut se faire. Avec un
5 certain stress d'arriver à la fin de la journée sans avoir fait tout ce que j'avais programmé, mais
6 je me suis sentie capable de voler de mes propres ailes. Même s'il y a du chemin à parcourir et
7 que les premiers mois seront la continuité de la formation.
8

9 A : moi aussi, le stage pré-professionnel s'est très bien passé. Au début ils m'ont dit, tu es en
10 stage pré pro, donc tu fais tout. Donc ça m'a fait un peu peur, ils m'ont suivi un petit peu au
11 début et petit à petit j'étais autonome. Plaisir à aller travailler le matin. J'ai pu me positionner
12 par rapport aux patients ; souvent ils voient plus mon âge que ma fonction. Sur le plan
13 narcissique, ça fait du bien aussi. Un jour l'infirmière a dit un patient, que ce matin-là, elle
14 était mon assistante. Ça fait très plaisir, on se sent reconnus dans nos compétences.
15

16 E : moi la première semaine je me suis mis la pression, on m'avait dit comme tu es en stage
17 pré-pro, tu fais ça et ça. Il faut s'habituer à un fonctionnement de services. Ils travaillent en
18 12h alors que nous c'est en 7h. J'avais un sentiment d'inachevé. Ce qui m'a fait un drôle
19 d'effet, c'est la première fois où j'ai dû faire la visite avec l'anesthésiste, seule, il n'y avait
20 personne derrière moi qui disait oui c'est bon et il a fait en fonction de ce que je lui disais, de
21 ma parole sans qu'il y ait de parole supplémentaire. Je me suis dit qu'il ne fallait vraiment pas
22 que je dise de bêtises ; c'était la première fois où notre jugement clinique était vraiment pris
23 en compte et il faut vraiment connaître son patient. En chirurgie digestive, qui dit reprise du
24 transit veut dire reprise alimentaire donc il ne s'agit pas de dire : « oui, oui, il a eu des gaz » et
25 que ce ne soit pas vrai. Je me suis sentie investie, que l'anesthésiste me faisait confiance, qu'il
26 voyait en moi une infirmière. Dans ce stage, c'était flagrant. C'est très motivant.
27

28 A : dans mon stage, il y avait des médecins partout. Et je me sens rassurée quand il y a des
29 médecins proches. Il y a beaucoup de poids sur les épaules, quand on fait la contre-visite, il ne
30 faut rien oublier, et en même temps cela fait très plaisir.
31

32 E : il y a bien un échange entre médecins et infirmiers, ils sont prêts à répondre à nos
33 questions, ils s'investissent dans notre formation en quelque sorte, pour que nous comprenions
34 les traitements, etc. et ça je ne l'avais pas bien vu en première année, ce qui est normal.
35

36 A : être pris en considération, nos questions sont légitimes, c'est une vraie collaboration.
37

38 CB : à votre avis, à quoi est-ce dû ? Du fait que vous soyez en stage pré professionnel ?
39

40 E : et bien, je ne sais pas. C'est ce que je me suis dit au départ, et puis aussi parce que mes
41 transmissions étaient bien faites je pense aussi.
42

43 A : c'est aussi la place que l'infirmière veut bien nous laisser.
44

45 E : je pense que si l'infirmier n'intervient pas, le médecin pense que ce qui est dit est fait, est
46 validé tacitement. Ce sont des choses qui ne sont peut-être pas explicites. Les gens sont forts
47 pour repérer le bien du moins bien, c'est encore un mystère pour moi. Quand je suis arrivée en
48 stage, j'étais très stressée et l'équipe m'a dit à la fin que dès le premier jour, ils avaient
49 remarqué que j'étais à l'aise. Je trouve qu'en général les professionnels analysent bien nos
50 qualités, nos points faibles.
51

52 A : ça dépend. Je pense que c'est sur le long terme : c'est à la fin du stage qu'ils t'ont dit qu'ils
53 t'avaient trouvée sûre de toi. Moi c'est vis-à-vis d'une étudiante que je trouvais bien, elle

54 faisait de bonnes transmissions ; quand je la voyais travailler, je trouvais qu'elle travaillait
55 bien. Elle a eu une MSP qui s'est très mal passée. Et je me suis dit qu'est-ce qui a fait que ce
56 jour-là n'a pas été aussi bien que les autres jours. Peut-être que c'est que je ne l'avais pas vu
57 vraiment travailler.

58 E : l'évaluation est très difficile. Techniquement on peut toujours faire des erreurs ; là où je
59 suis plus critique c'est sur le jugement clinique. Aux transmissions, on voit bien si le soignant
60 connaît bien ses patients, et je suis plus attachée à ça qu'à la technicité. Il y a des gens qui sont
61 très bons techniquement et qui ne connaissent pas très bien leurs patients. Je suis plus attachée
62 à la connaissance du patient qu'à une personne qui va faire super bien ses poupées³⁰.

63
64 A : il faut un accompagnement de l'infirmier quand même. Je suis toujours triste d'un stage
65 qui ne s'était pas très bien passé pour moi et je suis un peu virulente vis-à-vis des jugements
66 rapides portés sur l'étudiant. J'ai bien conscience que ce n'est pas facile mais il faut que
67 l'infirmier accompagne l'étudiant, qu'il ne soit pas que évaluateur, qu'il soit aussi formateur,
68 qu'il n'y ait pas que du jugement.

69
70 E : c'est vrai que les transmissions, c'est un truc particulier, parfois ils les font pas de manière
71 académique mais ça rassure quand même ce qui compte c'est la continuité des soins. Mais
72 nous, quand on les fait pas de manière académique, ils le relèvent. Mais l'apprentissage c'est
73 quand même de l'imitation au départ. Forcément on a des maîtres qu'on ne copie pas
74 aveuglément mais qui nous aident à créer notre identité professionnelle. Et on se sent frustrés
75 quand quelqu'un nous reproche quelque chose que lui ne fait pas. Un reproche de quelqu'un
76 d'irréprochable est plus facile à accepter.

77
78 CB : quelqu'un d'irréprochable... Est-ce que ça existe?

79
80 E : quelqu'un qui puisse se dire : « ce que j'ai fait, ça n'allait pas trop » ; et ceci nous sommes
81 capables de l'entendre. L'autre matin, l'infirmière de nuit, à la fin des transmissions nous a dit :
82 « excusez-moi, c'est nul » D'abord ce n'était pas nul parce que ça nous a permis de prendre la
83 suite et de soigner les patients après. Et je me suis dit qu'on était des humains. Quand on nous
84 dit que c'est n'est pas bien c'est peut-être rassurant en fait.

85
86 CB : vous sentez-vous prête pour passer le diplôme d'État ?

87
88 A : ce qui me manque encore, c'est la rapidité.

89
90 E : ça et les connaissances. Quand on arrive dans un service, les infirmiers sont au top des
91 connaissances de leur discipline et il faut qu'on se replonge dans les cours, qu'on se mette à
92 niveau.

93
94 *Discussion sur leurs stages du diplôme.*

95
96 E : ce qui m'étonne toujours, c'est quand les étudiants disent : cette situation de patient est
97 hyper compliquée, les médecins ne savent même pas ce qu'il a. Et je réponds mais c'est
98 beaucoup plus facile, si le maître ne sait pas, on ne va pas nous demander de savoir. Et je me
99 dis qu'à plusieurs, l'histoire du patient, plus c'est facile ; c'est peut-être un peu plus compliqué
100 de synthétiser. Nous ne sommes pas là pour porter un diagnostic sur la personne.

101
102 CB : vous avez parlé du regard des médecins qui a changé ; et celui des aides-soignantes ?

103

³⁰ Les compresses sont enroulées autour d'une pince afin de ne pas blesser le malade lors de la réfection d'un pansement.

104 E : alors là c'est mon problème. Je n'arrive pas à déléguer à quelqu'un qui est là depuis 20 ans,
105 qui connaît bien la maison, une toilette, voir avec elle comment j'organise la matinée. Donner
106 un ordre à quelqu'un qui est en place, même si c'est pas un ordre, c'est compliqué. Ça peut
107 parfois être vécu comme un ordre. Parfois je suis un peu maladroite.
108

109 A : moi aussi j'ai les difficultés. Moi j'en suis à dire à l'aide-soignante : « quelle toilette veux-
110 tu que je fasse ? » (*E. est d'accord*) d'un côté c'est plus facile, on se mouille moins, j'en suis
111 consciente. Peut-être on se pose trop de questions : comment elle va le prendre ?
112

113 E : c'est dur cette position, ça sera toujours le cas quand on sera diplômé. J'ai encadré une
114 élève aide-soignante, j'ai beaucoup aimé ; un jour, j'ai dû lui dire d'aller répondre à une
115 sonnette, j'étais en train de préparer des perfusions. Et elle a soufflé. Je me suis dit que ce
116 n'était pas évident. Peut-être que je l'ai mal dit. C'est vraiment à travailler la collaboration,
117 sans que ce soit un ordre ou un contrôle.
118

119 CB : et par rapport à l'idée que vous aviez de l'infirmière au début, ça a changé ?
120

121 A : sûrement. Ça a tellement évolué au fur et à mesure que je ne m'en suis peut-être pas
122 aperçue, que ça changeait dans ma tête.
123

124 E : c'est mieux que ce que je croyais. Je prends plus de plaisir que je croyais à faire certains
125 soins. Après c'est toujours la question de la responsabilité qui est lourde. Ça, c'est plus dur
126 que ce que je croyais. Mais la relation au patient, j'y prends plus de plaisir, être avec les
127 patients, les aider à un moment où ils sont vulnérables. Une fois j'ai accompagné une patiente
128 à un repérage avant radiothérapie parce qu'elle était anxieuse, elle pleurait et je lui ai pris la
129 main. Elle pleurait et moi je me disais que j'étais contente d'être là.
130

131 A : c'est bête mais parfois il y a de bons moments avec les patients. J'ai le souvenir d'une
132 patiente qui avait bien récupéré d'un AVC, et qui réclamait son traitement de Tercian de plus
133 en plus tôt : j'ai résisté, j'ai voulu lui expliquer pourquoi ce n'était pas possible, je pensais au
134 cadre thérapeutique, j'avais toujours dans l'idée d'être gentille avec les patients. Et je me disais
135 que ce n'était pas bien parce que plus ça allait aller, plus on allait lui en donner. Quand elle est
136 partie, elle m'a dit : « Ah ! vous êtes dure, têtue, mais au moins vous êtes là » et ça m'a...
137 (*Très émue*). C'était un moment agréable. Par contre un point négatif auquel je ne pensais pas,
138 c'est la famille. Il y en a qui ne nous laisse pas de place.
139

140 E : par rapport à des conjoints, les soignants tournent : parfois la famille fait des réflexions sur
141 la manière dont on refait le pansement par exemple, en disant que ce n'est pas comme ça mais
142 comme ça qu'il faut faire. Pour ne pas s'agacer, les soignants changent. Mais c'est souvent
143 l'expression d'une grande anxiété quand la famille est agaçante. Et moi je suis comme je suis
144 avec mes enfants, peut-être que je projette. Ils font comme ils peuvent.
145

146 CB : quel regard portez-vous sur la formation ?
147

148 E : j'ai adoré même si ça m'a demandé beaucoup de travail, mais en même temps ce n'est pas
149 possible autrement. Je regrette de ne pas avoir été plus zen. Mais c'est compliqué de faire
150 différemment tellement les choses sont ancrées. Mais je me suis amusée en fait. Et je suis
151 contente d'avoir pu montrer à mes enfants que si on fait des choses avec passion et travail, on
152 n'y arrive.
153

154 A : amusée ce n'est peut-être pas le mot. Ça faisait du bien de revenir à l'IFSI, de se retrouver
155 en groupe, même s'il y avait parfois des dissensions. Ce qui faisait du bien c'était cette
156 solidarité parfois implicite. Mais je ne dirai pas que ça m'a amusé ; ça m'a fait grandir, c'est

157 sûr. Je ne suis pas la même que celle que j'étais à la rentrée. Je trouve que mon entourage me
158 considère différemment. Et j'étais partie loin de chez moi.
159

160 E : je l'ai déjà dit, mais je le redis : j'admire ces jeunes bacheliers qui ont fait cette formation.
161 Franchement, je n'aurais pas été capable de le faire à leur âge. Je l'ai faite tard et ça m'a
162 convenu de la faire tard. Je suis sûre que je n'aurais pas été capable de supporter la difficulté
163 de ce travail, les équipes, parfois dures, à votre âge. Et j'entends très bien la souffrance que
164 vous avez parfois pu vivre, que j'ai moins vécu peut-être à cause de mon âge. Et qu'on ne m'a
165 pas dit les mêmes choses sur les terrains de stage parce que j'étais vieille aussi.
166

167 A : moi j'admire les mères de famille qui ont fait cette formation. Moi je n'ai pas d'enfant, je
168 n'ai qu'une plante verte. Comment t'as fait pour concilier les deux ?
169

170 E : mais je n'ai pas eu de vie à côté. C'était les enfants ou les études. Je n'ai rien fait pour moi
171 pendant les études. Enfin, j'ai tout fait pour moi pendant trois ans. En plus, les enfants, je les
172 ai plus vus que quand je travaillais. Par contre, je pense que je n'ai pas beaucoup dormi
173 pendant trois ans. Par contre, je crois qu'en stage ils ont été plus conciliants avec moi. En plus
174 je trouve qu'on est bien suivis à l'IFSI (*A. est d'accord*).
175

176 A : je ne trouve pas cette formation infantilisante, en tout cas j'y 'étais très bien.
177

178 E : je ne me suis jamais sentie infantilisée même si la situation d'évaluation c'est parfois
179 compliqué. Sans être infantilisante. Être évalué sans arrêt c'est compliqué, sur le terrain.
180 Devant sa feuille, ce n'est pas grave.
181

182 CB : auriez-vous préféré faire votre formation dans un autre IFSI ?
183

184 A : moi, ailleurs ç'aurait été géographiquement ; mais pas à Carcassonne car la rupture avec
185 les parents c'est très bien. Mais à Toulouse. Sinon cet IFSI me convient bien.
186

187 E : sauf que dans certains IFSI, les étudiants choisissent leurs stage. Je n'ai choisi aucun stage
188 sauf les deux derniers et je me dis que ce sont les plus importants.
189

190 A : je me dis que si j'avais choisi les stages, je n'aurais jamais fait certains stages, j'aurais
191 essayé de faire ce qui me paraissait plus simple. Et si ça s'était mal passé, je m'en serais plus
192 voulu. Et puis c'est dur de choisir.
193

194 CB : pensez-vous qu'à Charles Perrens ou à Bagatelle, ils forment les mêmes infirmiers ?
195

196 E : à Bagatelle, selon eux, ils forment les meilleurs infirmiers du monde, même pas de
197 Bordeaux. À Charles Perrens, en tout cas tous ceux que j'ai rencontrés, voulait faire de la psy
198 après. Et puis hier au forum de l'emploi qui était organisé ici, Charles Perrens était absent : il
199 n'y a que ceux de Charles Perrens qui peuvent aller en psy. Entre les deux écoles du CHU,
200 c'est pareil. La Croix-Rouge, ils se plaignent parce qu'ils n'ont pas le même matériel et eux, ils
201 nous envient et je me dis qu'on a beaucoup de chance. J'ai trouvé ici ce que je cherchais, la
202 notion de service public était très importante pour moi, je le dis même si c'est démodé, sur la
203 formation continue, sur la collégialité. Et puis des exigences sur le plan technique, sur
204 l'acquisition des compétences. Le côté négatif, c'est beaucoup de rigueur, c'est parfois un peu
205 difficile.
206

207 A : alors moi aussi je suis démodée. Je suis arrivée là un peu par hasard. Ça ne me gêne
208 absolument pas de ne pas avoir fait ma formation dans l'IFSI qui forme les meilleurs
209 infirmiers du monde. Je trouve qu'on a une ouverture d'esprit. Je trouve l'enseignement bien.
210

211 E : et puis le fait que ce soit un IMS, qu'on rencontre les étudiants des autres professions
212 paramédicales, c'est important, on a un peu de contact avec les autres étudiants, beaucoup plus
213 avec les élèves aides-soignants. Et puis quand même j'ai fait des stages en clinique, et j'ai
214 l'impression qu'on fait les actes qui rapportent et quand il y a un problème, on envoie le
215 malade au CHU. Au CHU, on soigne tout le monde et j'aime ça. L'IFSI fait passer une
216 certaine image infirmière : une infirmière indépendante, qui est capable de réfléchir, qui a des
217 compétences, un jugement clinique.
218

**Annexe 6 : Questionnaires destinés aux étudiants en soins
infirmiers**



Département des Sciences de l'Éducation

Faculté des Sciences de l'Homme - Université Victor Segalen Bordeaux 2

3 ter, place de la Victoire – 33076 Bordeaux cedex - Tél. 05 57 57 18 12 - Fax 05 56 92 30 06

Laboratoire Culture, Éducation et Société (LACES)

Groupe Dynamiques d'Éducation, de Formation et de
Professionnalisation (DEFP)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes étudiant(e) infirmier(ère) en première ou troisième année et nous vous remercions d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire.

La formation infirmière et ses perspectives d'avenir suscitent aujourd'hui de nombreuses interrogations : textes réorganisant le système de santé, nouveau référentiel de formation...

Cette enquête, sous la direction du Laboratoire Culture, Éducation et Société (L.A.C.E.S.) de l'Université de Bordeaux II, s'inscrit dans ce mouvement et vise à mieux connaître la population des étudiants infirmiers.

Pour cela, nous vous demandons de répondre au questionnaire qui suit. Cela prendra environ 30' mn de votre temps. Nous vous garantissons le respect rigoureux de l'anonymat des informations recueillies et de leur exploitation.

Nous vous remercions par avance de votre participation à notre travail.

Catherine BARRAUD
D.E.F.P.

9- Bénéficiez-vous d'une aide, bourse, subvention (PPH, Assedic...) ?

Oui Non Demande en cours

10 a- Avez-vous suivi une préparation au concours d'entrée ? Oui Non

10 b- Si oui, en quelle(s) année(s) ? :

11 a- Travaillez-vous ou avez-vous travaillé pendant vos études? Oui Non

11 b- Si oui : quelle activité ?

quand ? 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année

12- Pouvez-vous nous dire ce qui vous a motivé à choisir ce métier ? (Mettez une croix pour chaque item que vous avez choisi dans les cases réservées à cet effet)

1- parce que j'ai été sensibilisé(e) à ce métier par une personne en particulier

2- parce que, dans les études que j'avais entreprises, je me sentais dans une impasse

3- j'ai été influencé(e) par mon milieu familial

4- des raisons financières m'y ont poussé

5- parce que j'avais envie de « soigner »

6- parce que ce n'est pas un métier « plus mal » qu'un autre

7- parce qu'il y a eu des difficultés dans la (les) autre(s) branche(s)

8- c'est pour moi une situation intermédiaire et provisoire

9- Autre (précisez) : -----

13 a- Selon vous, quelles sont les valeurs portées par votre IFSI ?

13 b- Vous sentez-vous en accord avec ces valeurs ? Oui Non

14 a- Avez-vous présenté des concours d'entrée dans d'autres IFSI ? Oui Non

14 b- Si oui, lesquels ? (Noms et lieux)

17- Indiquez, en cochant la case correspondante, ce qui caractérise ou non pour vous la profession d'infirmier (ère).

	Degré de caractérisation Mot associé	Peu caractéristique	Assez peu caractéristique	Moyennement caractéristique	Plutôt caractéristique	Très caractéristique
1	Accompagnement					
6	Collaboration					
11	Dextérité					
13	Écoute					
18	Guérison					
19	Hierarchie					
22	Observation					
24	Polyvalence					
26	Reconnaissance sociale					
34	Secret professionnel					
38	Soin technique					
41	Tolérance					
2	Adaptation					
7	Communication					
12	Disponibilité					
14	Éducation					
28	Relation					
35	Sécurité de l'emploi					
21	Hygiène					
37	Soin relationnel					
8	Compétence					
3	Aide					
10	Connaissances					
23	Organisation					
33	Rigueur					
17	Équipe					
29	Relation d'aide					
16	Empathie					
40	Technicité					
30	Résistance physique					
4	Altruisme					
36	Soin					
5	Auxiliaire médical					
31	Respect					
9	Compréhension					
25	Professionnel					
27	Règles					
15	Efficacité					
20	Hôpital					
32	Responsabilité					
39	Soutien					

42	Vocation					
----	----------	--	--	--	--	--

18- Vous êtes en milieu de 1^{ère} année. Pensez-vous avoir progressé dans l'acquisition des compétences suivantes : (Cocher la case correspondante)

Degré de jugement Compétences	Pas du tout	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Tout à fait d'accord	Ne sais pas
Compétences relationnelles						
Compétences organisationnelles						
Compétences techniques						

19- Quels jugements portez-vous sur les points suivants concernant l'organisation du système de santé ? (Cocher la case correspondante)

Degré d'accord Organisation	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne sais pas
Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires						
Tarifification à l'acte						
Universitarisation de la formation infirmière						
Déremboursement de certains médicaments						

20- Concernant l'histoire de votre IFSI, quels faits vous paraissent importants à préciser ici?

23- Indiquez dans le tableau suivant votre cursus scolaire. (Précisez la série du Bac)

Année scolaire	Établissement fréquenté (ville et département)	Classe ou niveau	Diplômes, concours présentés (si réussite, souligner)
2009-2010			
2008-2009			
2007-2008			
2006-2007			
2005-2006			
2004-2005			
2003-2004			
2002-2003			
2001-2002			
2000-2001			

24- Si vous avez déjà travaillé, quel fut votre cursus professionnel avant d'entrer à l'I.F.S.I. ?

Type d'emploi et qualification	Employeur	Année et durée de l'emploi

Merci d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.

9- Bénéficiez-vous d'une aide, bourse, subvention (PPH, Assedic...)?

Oui Non Demande en cours

10 a- Avez-vous suivi une préparation au concours d'entrée ? Oui Non

10 b- Si oui, en quelle(s) année(s) ? :

11 a- Travaillez-vous ou avez-vous travaillé pendant vos études ? Oui Non

11 b- Si oui : quelle activité ?

quand ? 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année

12- Pouvez-vous nous dire ce qui vous a motivé à choisir ce métier ? (Mettez une croix pour chaque item que vous avez choisi dans les cases réservées à cet effet)

1- parce que j'ai été sensibilisé(e) à ce métier par une personne en particulier

2- parce que, dans les études que j'avais entreprises, je me sentais dans une impasse

3- j'ai été influencé(e) par mon milieu familial

4- des raisons financières m'y ont poussé

5- parce que j'avais envie de « soigner »

6- parce que ce n'est pas un métier « plus mal » qu'un autre

7- parce qu'il y a eu des difficultés dans la (les) autre(s) branche(s)

8- c'est pour moi une situation intermédiaire et provisoire

9- Autre (précisez) : -----

13 a- Selon vous, quelles sont les valeurs portées par votre IFSI ?

13 b- Vous sentez-vous en accord avec ces valeurs ? Oui Non

14 a- Avez-vous présenté des concours d'entrée dans d'autres IFSI ? Oui Non

14 b- Si oui, lesquels ? (Noms et lieux)

17- Indiquez, en cochant la case correspondante, ce qui caractérise ou non pour vous la profession d’infirmier (ère).

	Degré de caractérisation Mot associé	Peu caractéristique	Assez peu caractéristique	Moyennement caractéristique	Plutôt caractéristique	Très caractéristique
1	Accompagnement					
6	Collaboration					
11	Dextérité					
13	Écoute					
18	Guérison					
19	Hiérarchie					
22	Observation					
24	Polyvalence					
26	Reconnaissance sociale					
34	Secret professionnel					
38	Soin technique					
41	Tolérance					
2	Adaptation					
7	Communication					
12	Disponibilité					
14	Éducation					
28	Relation					
35	Sécurité de l’emploi					
21	Hygiène					
37	Soin relationnel					
8	Compétence					
3	Aide					
10	Connaissances					
23	Organisation					
33	Rigueur					
17	Équipe					
29	Relation d’aide					
16	Empathie					
40	Technicité					
30	Résistance physique					
4	Altruisme					
36	Soin					
5	Auxiliaire médical					
31	Respect					
9	Compréhension					
25	Professionnel					
27	Règles					
15	Efficacité					
20	Hôpital					
32	Responsabilité					
39	Soutien					
42	Vocation					

18- Vous êtes en milieu de 3^{ème} année. Pensez-vous avoir acquis les compétences suivantes ? (Cocher la case correspondante)

Degré de jugement Compétences	Pas du tout	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Tout à fait d'accord	Ne sais pas
Compétences relationnelles						
Compétences organisationnelles						
Compétences techniques						

19- Quels jugements portez-vous sur les points suivants concernant l'organisation du système de santé ? (Cocher la case correspondante)

Degré d'accord Organisation	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne sais pas
Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires						
Tarifification à l'acte						
Universitarisation de la formation infirmière						
Déremboursement de certains médicaments						

20- Concernant l'histoire de votre IFSI, quels faits vous paraissent importants à préciser ici?

21- Quelles acquisitions souhaiteriez-vous tout particulièrement renforcer jusqu'aux épreuves du DE ? (Énoncer ces acquisitions par ordre prioritaire)

22- Quel est votre projet professionnel ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

	Cochez ci-dessous	Codage
Établissement privé à but lucratif	<input type="checkbox"/>	1
Établissement public : Maison de retraite	<input type="checkbox"/>	2
Centre Hospitalier Général	<input type="checkbox"/>	3
Centre Hospitalier Spécialisé (Psychiatrie...)	<input type="checkbox"/>	4
CHU	<input type="checkbox"/>	5
Établissement privé participant au service public (MSP Bagatelle...)	<input type="checkbox"/>	6
Établissement privé psychiatrique	<input type="checkbox"/>	7
Intérim	<input type="checkbox"/>	8
Exercice humanitaire	<input type="checkbox"/>	9
Aucun car vous souhaitez prendre des congés après le DE	<input type="checkbox"/>	10
Autres :	<input type="checkbox"/>	11

Si vous avez coché « Autres », veuillez préciser vos projets.

23- Indiquez dans le tableau suivant votre cursus scolaire. (Précisez la série du Bac)

Année scolaire	Établissement fréquenté (ville et département)	Classe ou niveau	Diplômes ou concours présentés (si réussite, souligner)
2009-2010			
2008-2009			
2007-2008			
2006-2007			
2005-2006			
2004-2005			
2003-2004			
2002-2003			
2001-2002			
2000-2001			

24- Si vous avez déjà travaillé, quel fut votre cursus professionnel avant d'entrer à l'I.F.S.I. ?

Type d'emploi et qualification	Employeur	Année et durée de l'emploi

Merci d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.

Annexe 7 : Tableaux de bord statistiques des différentes strates

Strate : Promotions 1 ^{ère} année.....	549
Strate : Promotions 3 ^{ème} année.....	551
Strate : IFSI Croix-Rouge Française.....	553
Strate : IFSI Dax.....	555
Strate : IFSI Bagatelle.....	557
Strate : IFSI Pellegrin.....	559
Strate : Promotion Croix-Rouge Française 1 ^{ère} année	561
Strate : Promotion Croix-Rouge Française 3 ^{ème} année	573
Strate : Promotion Dax 1 ^{ère} année	585
Strate : Promotion Dax 3 ^{ème} année	598
Strate : Promotion Bagatelle 1 ^{ère} année	610
Strate : Promotion Bagatelle 3 ^{ème} année.....	622
Strate : Promotion Pellegrin 1 ^{ère} année.....	634
Strate : Promotion Pellegrin 3 ^{ème} année.....	647
Strate : Etudiantes.....	660
Strate : Etudiants.....	662

Strate : Promotions 1^{ère} année

Question 17

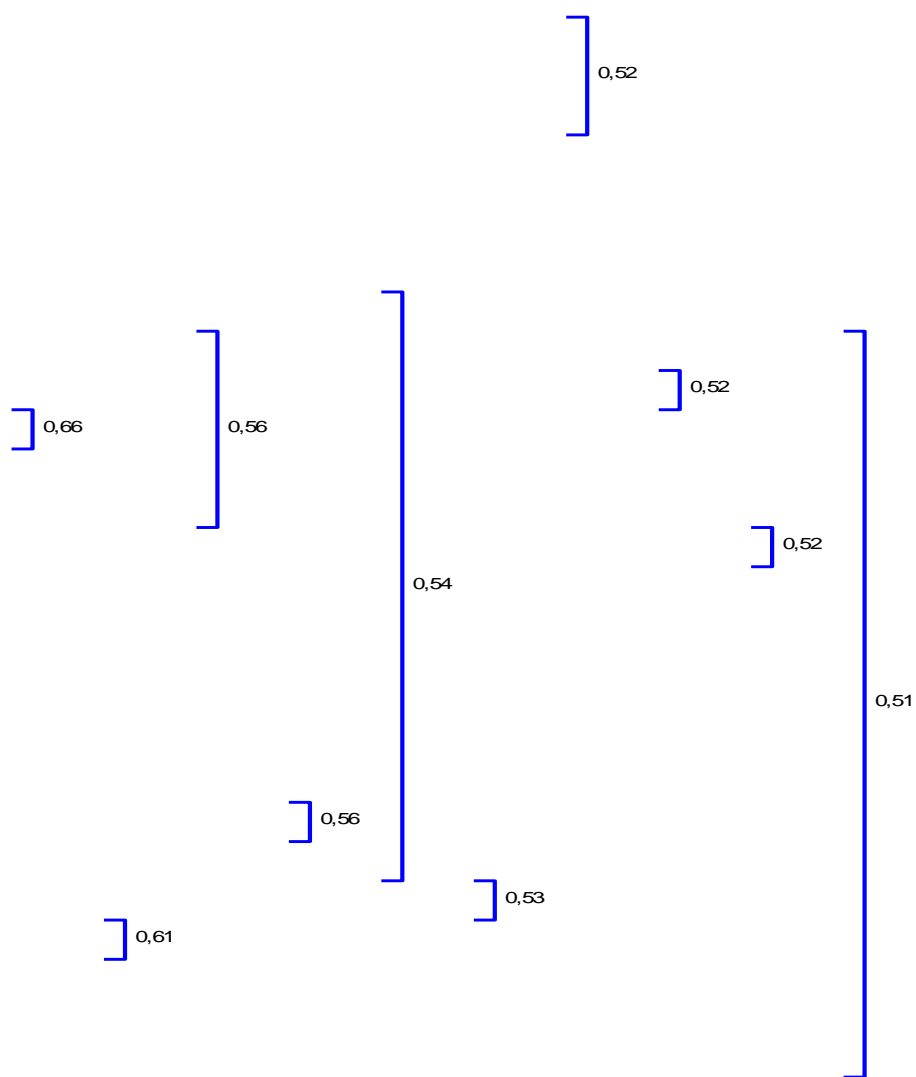
	Peu caract.	Assez peu caract	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagnement	0,8%	1,1%	3,4%	32,8%	61,9%	100%
Collaboration	0,4%	0,4%	3,0%	32,5%	63,8%	100%
Dextérité	0,0%	1,9%	7,6%	35,9%	54,7%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	1,1%	16,5%	82,3%	100%
Guérison	3,0%	10,2%	36,0%	33,0%	17,8%	100%
Hiérarchie	6,5%	11,8%	38,8%	32,7%	10,3%	100%
Observation	0,0%	0,8%	4,1%	29,7%	65,4%	100%
Polyvalence	0,8%	2,6%	11,3%	38,5%	46,8%	100%
Rec-Sociale	11,0%	22,0%	38,3%	17,8%	11,0%	100%
Sec-Professionnel	0,4%	1,5%	6,0%	15,9%	76,2%	100%
Soin Technique	0,0%	0,8%	9,1%	35,1%	55,1%	100%
Tolérance	0,4%	1,5%	10,6%	32,5%	55,1%	100%
Adaptation	0,4%	0,4%	7,9%	28,3%	63,0%	100%
Communication	0,0%	0,4%	1,1%	24,2%	74,3%	100%
Disponibilité	0,4%	2,6%	11,7%	32,5%	52,8%	100%
Education	0,0%	4,2%	16,6%	46,0%	33,2%	100%
Relation	0,0%	1,1%	4,6%	25,0%	69,3%	100%
Séc-Emploi	2,3%	8,3%	20,8%	34,0%	34,7%	100%
Hygiène	0,0%	0,8%	3,0%	14,3%	81,9%	100%
Soin Relationnel	0,0%	1,1%	2,6%	22,6%	73,6%	100%
Compétence	0,0%	1,9%	13,2%	37,0%	47,9%	100%
Aide	0,0%	2,6%	11,3%	39,3%	46,8%	100%
Connaissances	0,0%	0,8%	4,2%	43,4%	51,7%	100%
Organisation	0,0%	0,8%	3,4%	31,1%	64,8%	100%
Rigueur	0,0%	0,4%	3,8%	27,7%	68,2%	100%
Equipe	0,0%	0,8%	4,9%	34,2%	60,1%	100%
Relation Aide	0,0%	0,4%	7,2%	33,5%	58,9%	100%
Empathie	0,4%	2,3%	12,1%	34,5%	50,8%	100%
Technicité	0,0%	2,3%	15,2%	50,8%	31,8%	100%
Rés-Physique	1,1%	5,7%	23,5%	42,4%	27,3%	100%
Altruisme	0,4%	3,0%	15,2%	39,2%	42,2%	100%
Soin	0,0%	0,8%	4,6%	26,3%	68,3%	100%
Aux-Médical	6,9%	21,5%	35,6%	24,9%	11,1%	100%
Respect	0,0%	2,3%	5,7%	22,4%	69,7%	100%
Compréhension	0,4%	2,3%	12,5%	37,7%	47,2%	100%
Professionnel	0,8%	1,1%	8,7%	36,7%	52,7%	100%
Règles	0,4%	3,8%	12,5%	42,8%	40,5%	100%
Efficacité	0,4%	2,7%	15,2%	39,0%	42,8%	100%
Hôpital	3,0%	12,2%	31,6%	29,7%	23,6%	100%
Responsabilité	0,0%	0,8%	1,5%	21,9%	75,9%	100%
Soutien	0,8%	3,0%	9,9%	35,2%	51,1%	100%
Vocation	12,5%	15,2%	25,0%	23,1%	24,2%	100%
Ensemble	1,3%	3,8%	12,2%	31,7%	51,0%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de 1^{ère} année

Question 17

Accompagnement
 Collaboration
 Dextérité
 Ecoute
 Guérison
 Hiérarchie
 Observation
 Polyvalence
 Rec-Sociale
 Sec-Professionnel
 Soins Techniques
 Tolérance
 Adaptation
 Communication
 Disponibilité
 Education
 Relation
 Séc-Emploi
 Hygiène
 Soins Relationnels
 Compétence
 Aide
 Connaissances
 Organisation
 Rigueur
 Equipe
 Relation Aide
 Empathie
 Technicité
 Rés-Physique
 Altruisme
 Soins
 Aux-Médical
 Respect
 Compréhension
 Professionnel
 Règles
 Efficacité
 Hôpital
 Responsabilité
 Soutien
 Vocation

— coef. > 0,75
— 0,75 > coef. > 0,70
— 0,70 > coef. > 0,45



Graphique de corrélation des RSP des ESI de 1^{ère} année

Strate : Promotions 3^{ème} année

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagnement	0,0%	0,4%	4,0%	31,4%	64,2%	100%
Collaboration	0,0%	0,4%	4,4%	32,4%	62,7%	100%
Dextérité	0,0%	0,4%	10,2%	42,9%	46,5%	100%
Ecoute	0,4%	0,0%	1,3%	15,5%	82,7%	100%
Guérison	8,0%	18,7%	43,1%	27,1%	3,1%	100%
Hiérarchie	8,9%	18,1%	29,7%	30,1%	13,3%	100%
Observation	0,4%	0,4%	3,1%	30,5%	65,5%	100%
Polyvalence	0,4%	2,2%	10,6%	33,2%	53,5%	100%
Rec-Sociale	16,9%	24,4%	32,0%	20,4%	6,2%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	2,2%	4,0%	19,5%	74,3%	100%
Soin Technique	0,9%	2,7%	17,9%	42,0%	36,6%	100%
Tolérance	0,9%	5,8%	8,4%	28,3%	56,6%	100%
Adaptation	0,0%	1,3%	6,7%	24,4%	67,6%	100%
Communication	0,0%	0,9%	3,5%	21,2%	74,3%	100%
Disponibilité	0,9%	1,8%	10,7%	27,6%	59,1%	100%
Education	1,3%	3,5%	13,3%	42,9%	38,9%	100%
Relation	0,0%	0,9%	1,3%	22,1%	75,7%	100%
Séc-Emploi	3,1%	7,1%	18,7%	33,8%	37,3%	100%
Hygiène	0,0%	0,4%	4,0%	24,3%	71,2%	100%
Soin Relationnel	0,4%	0,4%	3,1%	20,0%	76,0%	100%
Compétence	0,5%	1,8%	13,0%	40,4%	44,4%	100%
Aide	0,9%	2,2%	11,5%	36,3%	49,1%	100%
Connaissances	1,3%	1,8%	8,9%	45,8%	42,2%	100%
Organisation	0,0%	0,5%	4,0%	34,4%	61,2%	100%
Rigueur	0,0%	0,4%	7,6%	29,8%	62,2%	100%
Equipe	0,0%	0,9%	6,3%	31,7%	61,2%	100%
Relation Aide	0,9%	0,4%	4,9%	26,7%	67,1%	100%
Empathie	0,4%	1,8%	5,8%	28,9%	63,1%	100%
Technicité	0,9%	6,7%	21,3%	39,6%	31,6%	100%
Rés-Physique	4,0%	8,4%	27,1%	34,2%	26,2%	100%
Altruisme	0,9%	5,8%	15,2%	41,5%	36,6%	100%
Soin	0,0%	0,9%	4,0%	34,2%	60,9%	100%
Aux-Médical	12,1%	22,4%	33,2%	22,4%	9,9%	100%
Respect	0,9%	2,7%	4,9%	25,3%	66,2%	100%
Compréhension	0,5%	1,8%	13,4%	40,2%	44,2%	100%
Professionnel	0,5%	0,9%	11,2%	36,2%	51,3%	100%
Règles	2,2%	5,8%	21,0%	42,4%	28,6%	100%
Efficacité	2,2%	2,7%	12,9%	43,6%	38,7%	100%
Hôpital	5,3%	12,0%	29,2%	30,1%	23,5%	100%
Responsabilité	0,4%	0,0%	1,8%	22,1%	75,7%	100%
Soutien	0,9%	3,6%	8,4%	34,7%	52,4%	100%
Vocation	18,6%	15,0%	23,5%	22,1%	20,8%	100%
Ensemble	2,3%	4,5%	12,3%	31,2%	49,6%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de 3^{ème} année

Question 17

Accompagnement

Collaboration

Dextérité

Ecoute

Guérison

Hiérarchie

Observation

Polyvalence

Rec-Sociale

Sec-Professionnel

Soin Technique

Tolérance

Adaptation

Communication

Disponibilité

Education

Relation

Séc-Emploi

Hygiène

Soin Relationnel

Compétence

Aide

Connaissances

Organisation

Rigueur

Equipe

Relation Aide

Empathie

Technicité

Rés-Physique

Altruisme

Soin

Aux-Médical

Respect

Compréhension

Professionnel

Règles

Efficacité

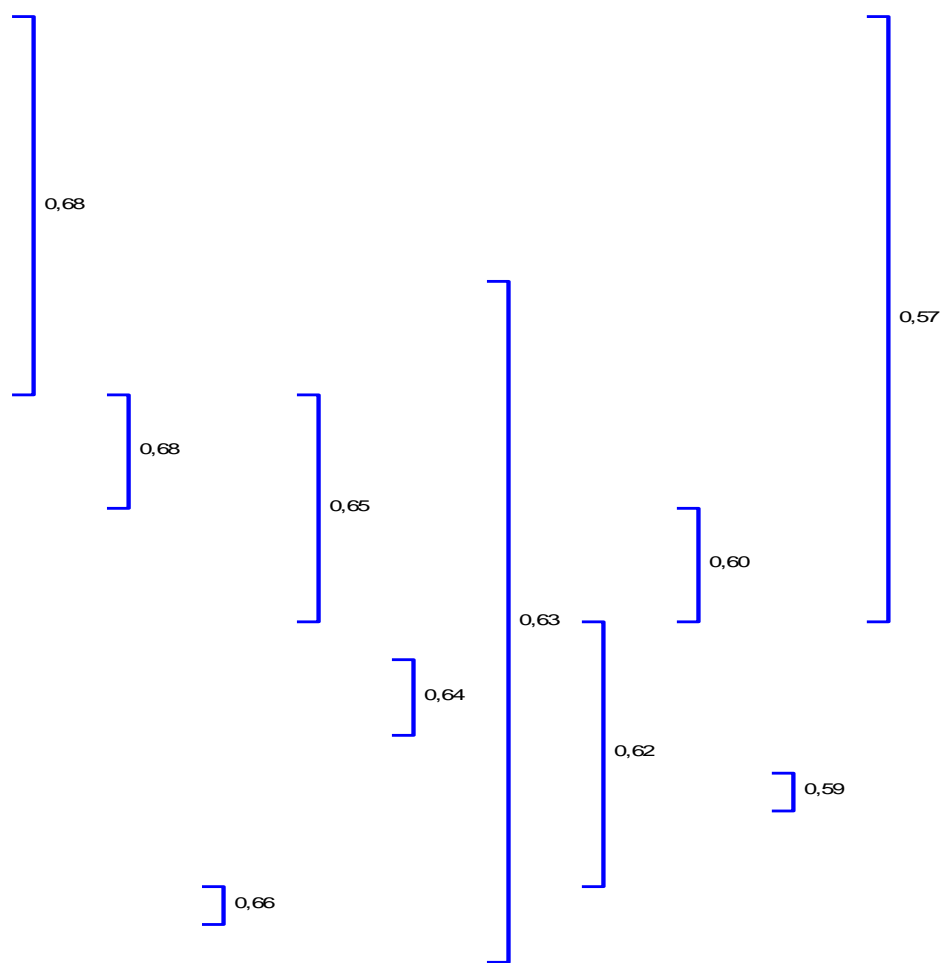
Hôpital

Responsabilité

Soutien

Vocation

- █ coef.>0,75
- █ 0,75>coef.>0,70
- █ 0,70>coef.>0,45



Graphe de corrélation des RSP des ESI de 3^{ème} année

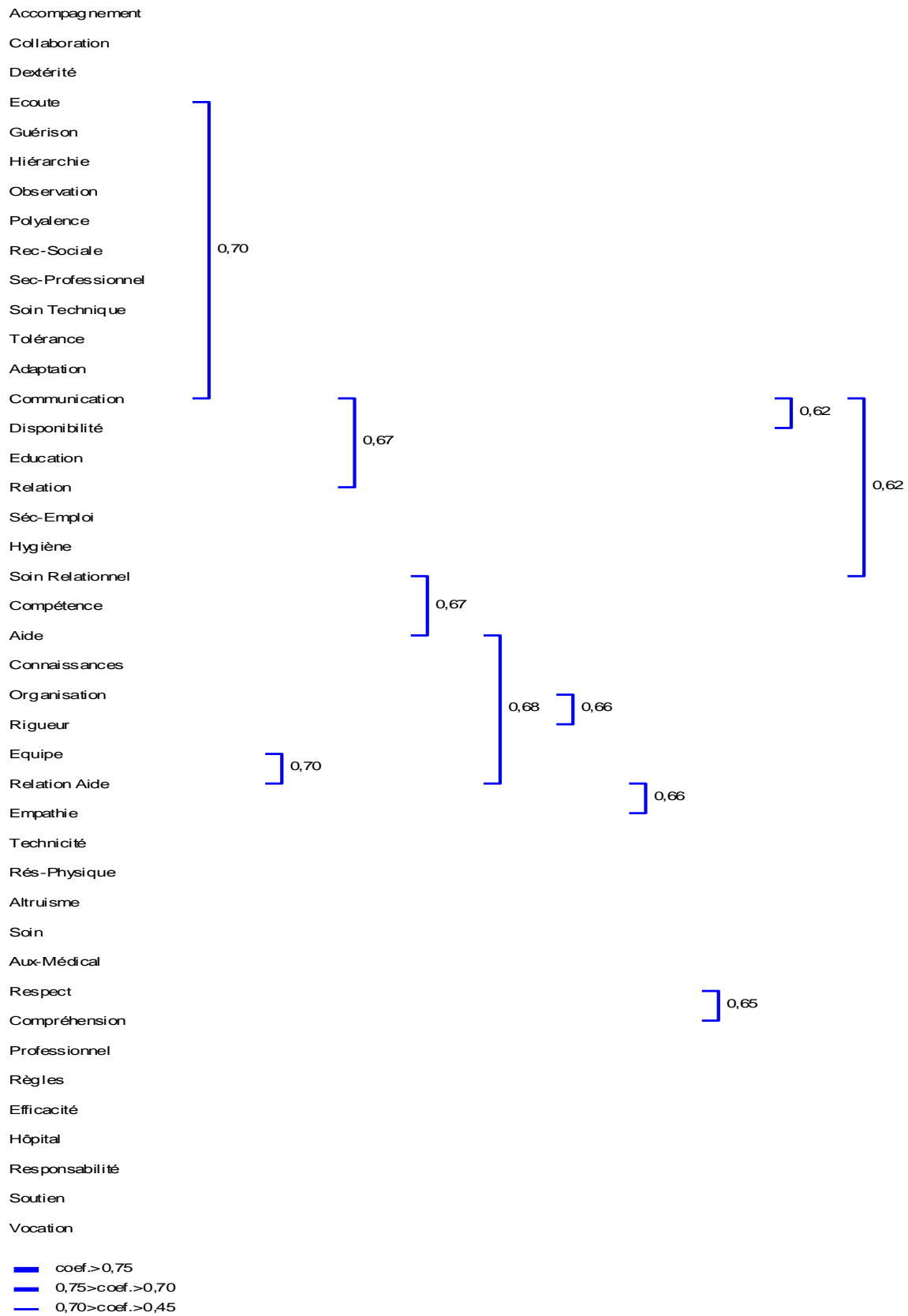
Strate : IFSI Croix-Rouge Française

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagnement	0,7%	2,1%	1,4%	25,5%	70,2%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	2,8%	34,0%	63,1%	100%
Dextérité	0,0%	2,1%	12,1%	44,7%	41,1%	100%
Ecoute	0,7%	0,0%	1,4%	21,1%	76,8%	100%
Guérison	5,0%	10,7%	32,9%	34,3%	17,1%	100%
Hiérarchie	9,2%	15,6%	34,0%	28,4%	12,8%	100%
Observation	0,7%	1,4%	6,3%	32,4%	59,2%	100%
Polyvalence	0,7%	3,5%	12,7%	36,6%	46,5%	100%
Rec-Sociale	14,9%	19,9%	36,9%	15,6%	12,8%	100%
Sec-Professionnel	0,7%	3,6%	7,8%	16,3%	71,6%	100%
Soin Technique	0,7%	3,6%	23,4%	30,5%	41,8%	100%
Tolérance	2,1%	2,8%	7,1%	27,7%	60,3%	100%
Adaptation	0,7%	1,4%	9,2%	27,0%	61,7%	100%
Communication	0,0%	1,4%	2,8%	24,1%	71,6%	100%
Disponibilité	1,4%	2,8%	10,6%	31,9%	53,2%	100%
Education	1,4%	5,0%	13,5%	44,7%	35,5%	100%
Relation	0,0%	2,1%	3,6%	26,2%	68,1%	100%
Séc-Emploi	1,4%	5,7%	15,6%	29,1%	48,2%	100%
Hygiène	0,0%	1,4%	5,0%	24,1%	69,5%	100%
Soin Relationnel	0,7%	2,1%	2,8%	22,0%	72,3%	100%
Compétence	0,7%	2,8%	14,9%	36,2%	45,4%	100%
Aide	1,4%	2,1%	7,8%	33,3%	55,3%	100%
Connaissances	1,4%	2,1%	8,5%	45,4%	42,6%	100%
Organisation	0,0%	1,4%	5,7%	40,7%	52,1%	100%
Rigueur	0,0%	1,4%	7,1%	37,9%	53,6%	100%
Equipe	0,0%	2,1%	7,9%	32,1%	57,9%	100%
Relation Aide	0,7%	0,7%	6,4%	27,1%	65,0%	100%
Empathie	0,7%	1,4%	9,3%	26,4%	62,1%	100%
Technicité	0,7%	7,1%	23,6%	43,6%	25,0%	100%
Rés-Physique	4,3%	5,0%	27,9%	42,9%	20,0%	100%
Altruisme	1,4%	4,3%	20,0%	35,7%	38,6%	100%
Soin	0,0%	1,4%	5,7%	32,9%	60,0%	100%
Aux-Médical	7,9%	19,4%	31,7%	24,5%	16,6%	100%
Respect	0,7%	5,0%	5,0%	21,4%	67,9%	100%
Compréhension	0,7%	5,7%	9,9%	39,0%	44,7%	100%
Professionnel	0,7%	2,9%	11,4%	39,3%	45,7%	100%
Règles	1,4%	5,0%	16,4%	45,7%	31,4%	100%
Efficacité	1,4%	3,6%	14,3%	39,3%	41,4%	100%
Hôpital	3,6%	15,0%	29,3%	29,3%	22,9%	100%
Responsabilité	0,0%	1,4%	2,1%	32,6%	63,8%	100%
Soutien	1,4%	2,9%	9,3%	32,1%	54,3%	100%
Vocation	16,4%	16,4%	22,1%	24,3%	20,7%	100%
Ensemble	2,1%	4,7%	12,8%	31,9%	48,6%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de l'IFSI CRF

Question 17



Graphe de corrélation des RSP des ESI de l'IFSI CRF

Strate : IFSI Dax

Question 17

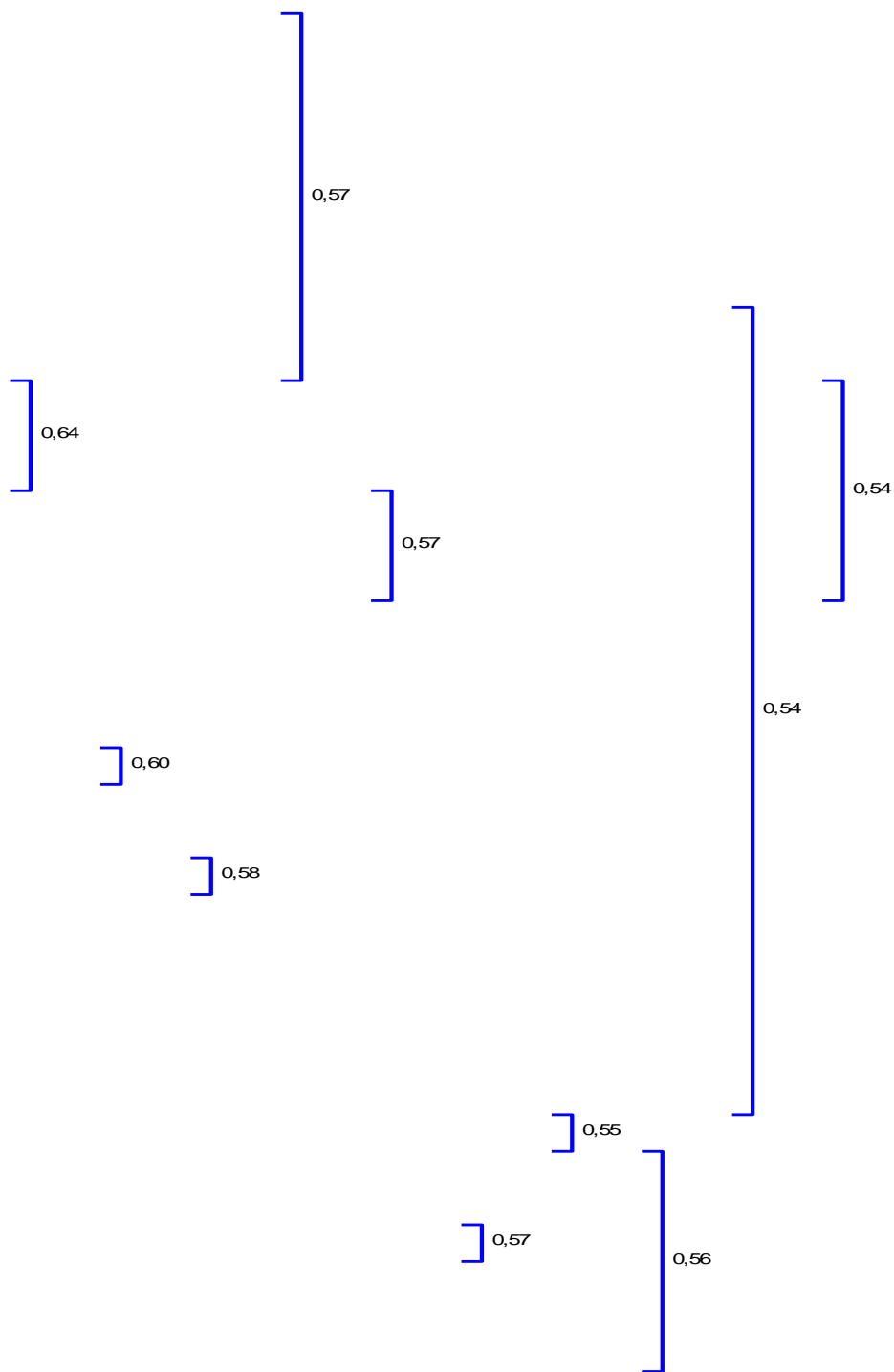
	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagnement	0,7%	0,0%	5,9%	31,6%	61,8%	100%
Collaboration	0,7%	1,3%	2,6%	34,2%	61,2%	100%
Dextérité	0,0%	0,7%	8,6%	31,6%	59,2%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	2,6%	13,8%	83,6%	100%
Guérison	2,6%	12,5%	43,4%	30,3%	11,2%	100%
Hiérarchie	5,9%	15,1%	37,5%	32,2%	9,2%	100%
Observation	0,0%	0,0%	2,0%	33,6%	64,5%	100%
Polyalence	0,7%	3,3%	11,2%	31,6%	53,3%	100%
Rec-Sociale	7,9%	22,4%	38,2%	20,4%	11,2%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	2,0%	2,0%	13,2%	82,9%	100%
Soin Technique	0,0%	2,0%	6,6%	39,5%	52,0%	100%
Tolérance	0,0%	3,3%	9,9%	33,6%	53,3%	100%
Adaptation	0,0%	0,7%	9,2%	29,0%	61,2%	100%
Communication	0,0%	0,0%	4,0%	24,3%	71,7%	100%
Disponibilité	0,0%	3,3%	11,8%	29,0%	55,9%	100%
Education	0,0%	2,6%	15,1%	44,1%	38,2%	100%
Relation	0,0%	0,0%	4,6%	19,7%	75,7%	100%
Séc-Emploi	2,6%	6,6%	30,9%	34,2%	25,7%	100%
Hygiène	0,0%	0,0%	0,7%	15,1%	84,2%	100%
Soin Relationnel	0,0%	0,7%	2,6%	17,8%	79,0%	100%
Compétence	0,0%	0,0%	15,1%	36,8%	48,0%	100%
Aide	0,0%	2,0%	11,8%	42,8%	43,4%	100%
Connaissances	0,0%	2,0%	4,6%	40,8%	52,6%	100%
Organisation	0,0%	0,0%	3,3%	29,6%	67,1%	100%
Rigueur	0,0%	0,0%	4,6%	21,1%	74,3%	100%
Equipe	0,0%	0,0%	6,6%	32,2%	61,2%	100%
Relation Aide	0,7%	0,0%	7,9%	35,5%	55,9%	100%
Empathie	0,7%	4,0%	9,2%	41,5%	44,7%	100%
Technicité	0,0%	4,0%	15,8%	43,4%	36,8%	100%
Rés-Physique	2,0%	9,2%	21,7%	37,5%	29,6%	100%
Altruisme	0,0%	2,6%	15,1%	46,1%	36,2%	100%
Soin	0,0%	0,0%	3,3%	29,6%	67,1%	100%
Aux-Médical	6,6%	17,8%	42,1%	23,7%	9,9%	100%
Respect	0,0%	2,0%	3,3%	24,3%	70,4%	100%
Compréhension	0,0%	1,3%	13,8%	42,1%	42,8%	100%
Professionnel	0,7%	0,0%	11,8%	37,5%	50,0%	100%
Règles	0,0%	2,6%	16,5%	38,2%	42,8%	100%
Efficacité	0,0%	2,6%	15,1%	42,8%	39,5%	100%
Hôpital	4,0%	13,2%	32,9%	28,3%	21,7%	100%
Responsabilité	0,0%	0,0%	0,7%	18,4%	80,9%	100%
Soutien	0,7%	4,0%	11,8%	32,9%	50,7%	100%
Vocation	12,5%	17,8%	24,3%	23,0%	22,4%	100%
Ensemble	1,2%	3,8%	12,9%	31,1%	51,0%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de l'IFSI de Dax

Question 17

Accompagnement
 Collaboration
 Dextérité
 Ecoute
 Guérison
 Hiérarchie
 Observation
 Polyvalence
 Rec-Sociale
 Sec-Professionnel
 Soin Technique
 Tolérance
 Adaptation
 Communication
 Disponibilité
 Education
 Relation
 Séc-Emploi
 Hygiène
 Soin Relationnel
 Compétence
 Aide
 Connaissances
 Organisation
 Rigueur
 Equipe
 Relation Aide
 Empathie
 Technicité
 Rés-Physique
 Altruisme
 Soin
 Aux-Médical
 Respect
 Compréhension
 Professionnel
 Règles
 Efficacité
 Hôpital
 Responsabilité
 Soutien
 Vocation

— coef.>0,75
— 0,75>coef.>0,70
— 0,70>coef.>0,45



Graphe de corrélation des RSP des ESI de l'IFSI de Dax

Strate : IFSI Bagatelle

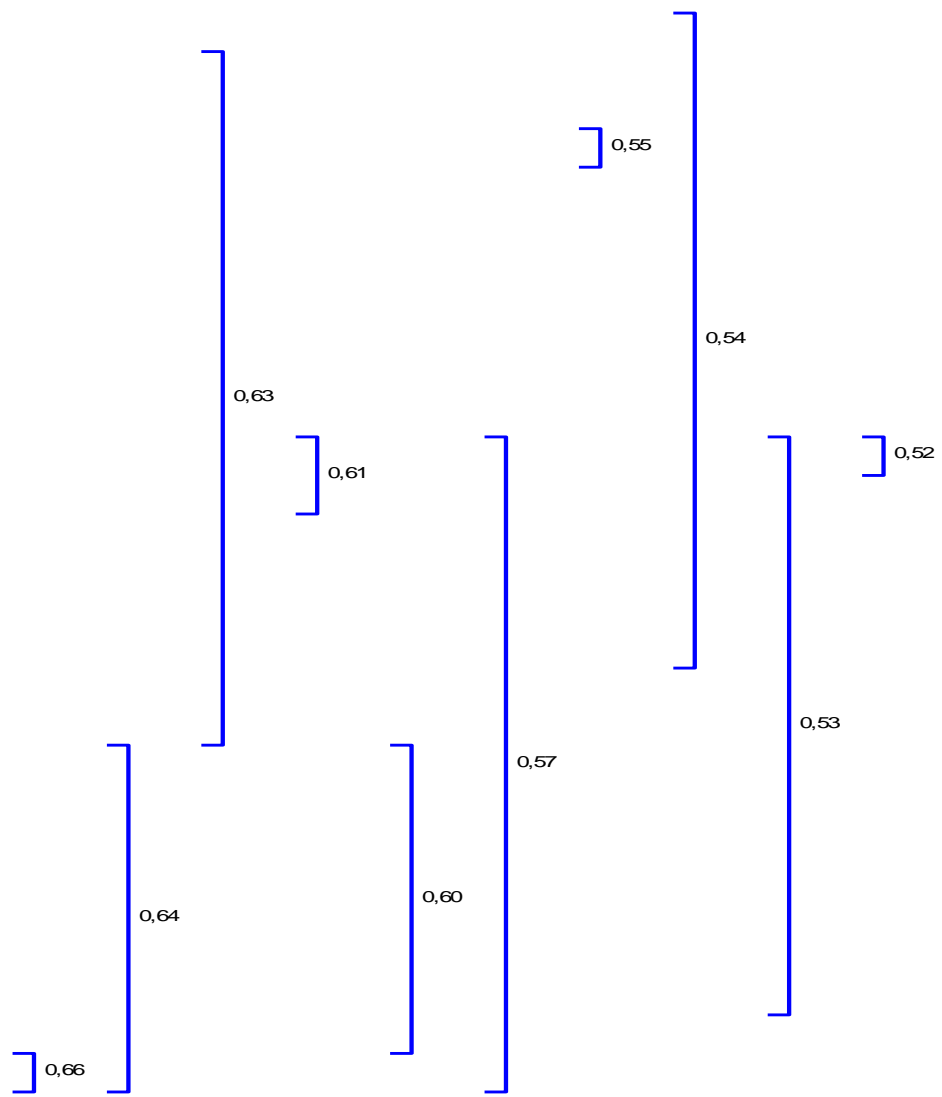
Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagnement	0,0%	0,0%	4,6%	35,2%	60,2%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	1,2%	35,6%	63,2%	100%
Dextérité	0,0%	0,0%	8,0%	44,3%	47,7%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	0,0%	14,8%	85,2%	100%
Guérison	9,2%	16,1%	39,1%	29,9%	5,8%	100%
Hiérarchie	12,6%	14,9%	31,0%	28,7%	12,6%	100%
Observation	0,0%	1,1%	2,3%	30,7%	65,9%	100%
Polyvalence	0,0%	2,3%	9,2%	40,2%	48,3%	100%
Rec-Sociale	19,8%	27,9%	32,6%	17,4%	2,3%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	0,0%	6,8%	25,0%	68,2%	100%
Soin Technique	1,2%	0,0%	14,0%	45,4%	39,5%	100%
Tolérance	0,0%	4,6%	13,6%	29,6%	52,3%	100%
Adaptation	0,0%	1,2%	4,6%	24,1%	70,1%	100%
Communication	0,0%	0,0%	1,1%	17,1%	81,8%	100%
Disponibilité	0,0%	0,0%	11,5%	23,0%	65,5%	100%
Education	0,0%	5,7%	17,1%	45,5%	31,8%	100%
Relation	0,0%	1,1%	0,0%	26,1%	72,7%	100%
Séc-Emploi	4,6%	8,1%	5,8%	39,1%	42,5%	100%
Hygiène	0,0%	1,1%	4,6%	15,9%	78,4%	100%
Soin Relationnel	0,0%	0,0%	4,6%	23,0%	72,4%	100%
Compétence	0,0%	4,7%	11,6%	36,1%	47,7%	100%
Aide	0,0%	4,6%	18,2%	36,4%	40,9%	100%
Connaissances	1,1%	0,0%	8,0%	42,1%	48,9%	100%
Organisation	0,0%	0,0%	3,5%	27,6%	69,0%	100%
Rigueur	0,0%	0,0%	5,7%	29,6%	64,8%	100%
Equipe	0,0%	1,2%	3,5%	33,3%	62,1%	100%
Relation Aide	0,0%	0,0%	2,3%	31,4%	66,3%	100%
Empathie	0,0%	0,0%	8,1%	27,6%	64,4%	100%
Technicité	1,1%	3,4%	17,1%	51,1%	27,3%	100%
Rés-Physique	2,3%	9,2%	26,4%	35,6%	26,4%	100%
Altruisme	1,1%	5,7%	10,2%	42,1%	40,9%	100%
Soin	0,0%	1,2%	5,9%	29,4%	63,5%	100%
Aux-Médical	17,7%	28,2%	29,4%	20,0%	4,7%	100%
Respect	0,0%	1,1%	6,8%	28,4%	63,6%	100%
Compréhension	0,0%	0,0%	19,5%	35,6%	44,8%	100%
Professionnel	1,2%	1,2%	6,9%	28,7%	62,1%	100%
Règles	4,6%	10,3%	13,8%	43,7%	27,6%	100%
Efficacité	4,6%	2,3%	13,8%	35,6%	43,7%	100%
Hôpital	6,8%	10,2%	27,3%	33,0%	22,7%	100%
Responsabilité	0,0%	0,0%	1,1%	17,1%	81,8%	100%
Soutien	1,1%	1,1%	12,5%	42,1%	43,2%	100%
Vocation	15,9%	11,4%	30,7%	22,7%	19,3%	100%
Ensemble	2,5%	4,3%	11,7%	31,4%	50,1%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de l'IFSI de Bagatelle

Question 17

Accompagnement
 Collaboration
 Dexterité
 Ecoute
 Guérison
 Hiérarchie
 Observation
 Polyvalence
 Rec-Sociale
 Sec-Professionnel
 Soin Technique
 Tolérance
 Adaptation
 Communication
 Disponibilité
 Education
 Relation
 Séc-Emploi
 Hygiène
 Soin Relationnel
 Compétence
 Aide
 Connaissances
 Organisation
 Rigueur
 Equipe
 Relation Aide
 Empathie
 Technicité
 Rés-Physique
 Altruisme
 Soin
 Aux-Médical
 Respect
 Compréhension
 Professionnel
 Règles
 Efficacité
 Hôpital
 Responsabilité
 Soutien
 Vocation



█ coef > 0,75
█ 0,75 > coef. > 0,70
█ 0,70 > coef. > 0,45

Graphe de corrélation des RSP des ESI de l'IFSI de Bagatelle

Strate : IFSI Pellegrin

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagnement	0,0%	0,9%	2,7%	39,1%	57,3%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	8,2%	25,5%	66,4%	100%
Dextérité	0,0%	1,8%	5,5%	38,2%	54,6%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	0,0%	13,6%	86,4%	100%
Guérison	6,4%	19,1%	41,8%	25,5%	7,3%	100%
Hiérarchie	3,7%	12,8%	33,9%	36,7%	12,8%	100%
Observation	0,0%	0,0%	3,6%	21,8%	74,6%	100%
Polyalence	0,9%	0,0%	10,0%	38,2%	50,9%	100%
Rec-Sociale	15,5%	24,6%	31,8%	22,7%	5,5%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	0,9%	4,6%	19,1%	75,5%	100%
Soin Technique	0,0%	0,0%	8,2%	40,9%	50,9%	100%
Tolérance	0,0%	3,6%	9,1%	30,9%	56,4%	100%
Adaptation	0,0%	0,0%	4,6%	24,6%	70,9%	100%
Communication	0,0%	0,9%	0,0%	23,6%	75,5%	100%
Disponibilité	0,9%	1,8%	10,9%	35,5%	50,9%	100%
Education	0,9%	2,7%	15,5%	44,6%	36,4%	100%
Relation	0,0%	0,9%	2,8%	23,9%	72,5%	100%
Séc-Emploi	2,7%	11,8%	20,9%	35,5%	29,1%	100%
Hygiène	0,0%	0,0%	4,6%	20,0%	75,5%	100%
Soin Relationnel	0,0%	0,0%	1,8%	24,6%	73,6%	100%
Compétence	0,0%	0,9%	9,2%	45,9%	44,0%	100%
Aide	0,0%	1,8%	10,0%	38,2%	50,0%	100%
Connaissances	0,0%	0,0%	4,6%	50,5%	45,0%	100%
Organisation	0,0%	0,9%	1,8%	30,3%	67,0%	100%
Rigueur	0,0%	0,0%	4,6%	26,6%	68,8%	100%
Equipe	0,0%	0,0%	2,8%	35,2%	62,0%	100%
Relation Aide	0,0%	0,9%	6,4%	26,4%	66,4%	100%
Empathie	0,0%	1,8%	10,0%	29,1%	59,1%	100%
Technicité	0,0%	1,8%	14,7%	46,8%	36,7%	100%
Rés-Physique	0,9%	4,6%	25,5%	37,3%	31,8%	100%
Altruisme	0,0%	5,6%	13,1%	36,5%	44,9%	100%
Soin	0,0%	0,9%	2,7%	27,3%	69,1%	100%
Aux-Médical	8,3%	25,9%	31,5%	25,9%	8,3%	100%
Respect	0,9%	0,9%	7,3%	22,0%	68,8%	100%
Compréhension	0,9%	0,0%	10,1%	36,7%	52,3%	100%
Professionnel	0,0%	0,0%	7,3%	37,6%	55,1%	100%
Règles	0,0%	2,8%	18,4%	44,0%	34,9%	100%
Efficacité	0,0%	1,8%	12,7%	45,5%	40,0%	100%
Hôpital	2,8%	8,3%	31,2%	30,3%	27,5%	100%
Responsabilité	0,9%	0,0%	2,7%	17,3%	79,1%	100%
Soutien	0,0%	4,6%	2,8%	35,8%	56,9%	100%
Vocation	17,3%	12,7%	21,8%	20,0%	28,2%	100%
Ensemble	1,5%	3,8%	11,2%	31,6%	51,9%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de l'IFSI de Pellegrin

Question 17

Accompagnement

Collaboration

Dextérité

Ecoute

Guérison

Hiérarchie

Observation

Polyvalence

Rec-Sociale

Sec-Professionnel

Soin Technique

Tolérance

Adaptation

Communication

Disponibilité

Education

Relation

Séc-Emploi

Hygiène

Soin Relationnel

Compétence

Aide

Connaissances

Organisation

Rigueur

Equipe

Relation Aide

Empathie

Technicité

Rés-Physique

Altruisme

Soin

Aux-Médical

Respect

Compréhension

Professionnel

Règles

Efficacité

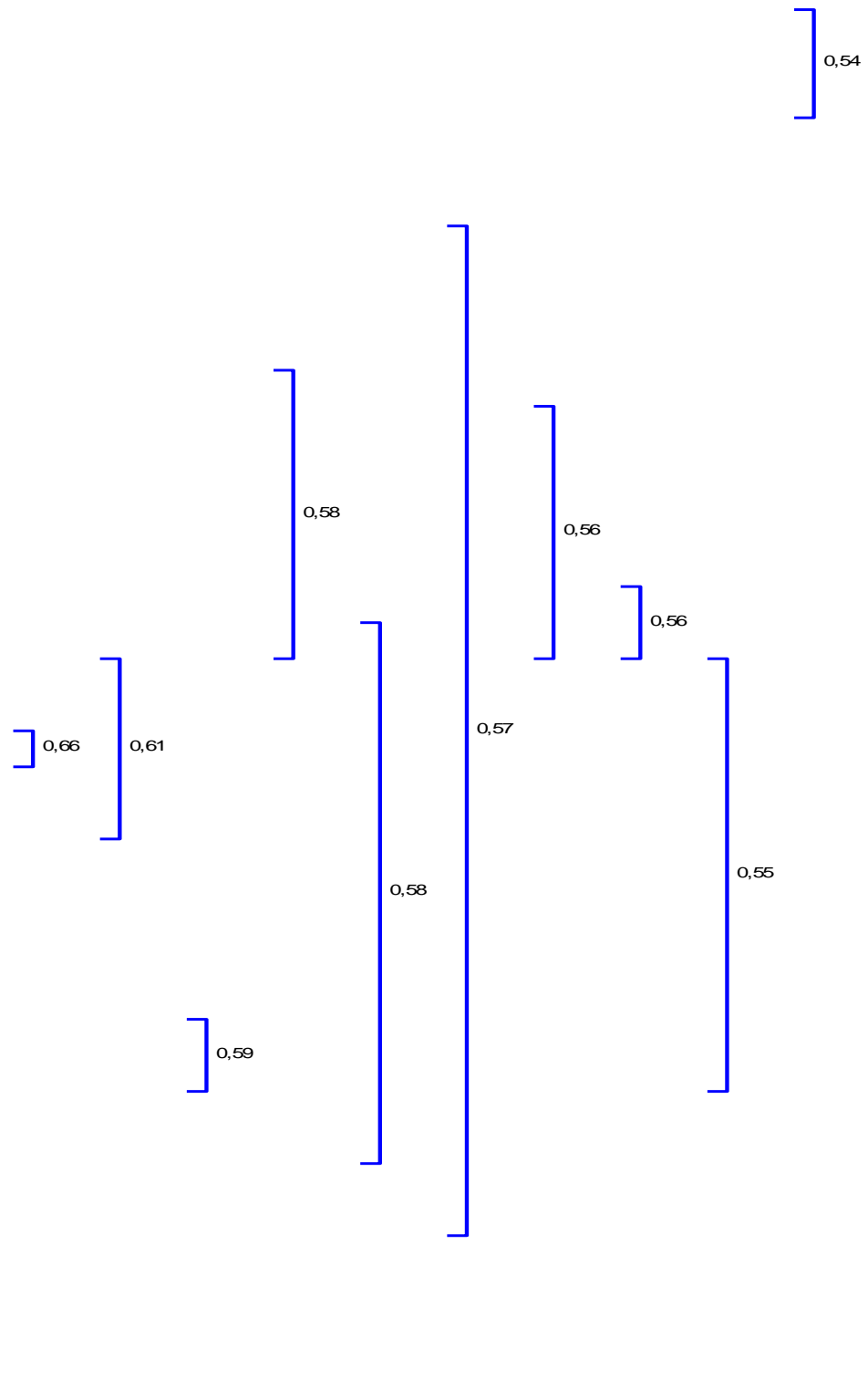
Hôpital

Responsabilité

Soutien

Vocation

- █ coef.>0,75
- █ 0,75>coef.>0,70
- █ 0,70>coef.>0,45



Graphe de corrélation des RSP des ESI de l'IFSI de Pellegrin

Strate : Croix-Rouge Française 1^{ère} année

Questions 1 à 8

	Nb	% cit.
Féminin	66	82,5%
Masculin	14	17,5%
Total	80	100,0%

Répartition des ESI de CRF1 selon le sexe

Moyenne = **24,05** Ecart-type = **5,98**

	Nb	% cit.
Moins de 20	2	2,5%
De 20 à 24	60	75,9%
De 25 à 29	7	8,9%
De 30 à 34	3	3,8%
De 35 à 39	3	3,8%
40 et plus	4	5,1%
Total	79	100,0%

Répartition des ESI de CRF1 selon leur classe d'âge

	Nb	% cit.
Célibataire	54	67,5%
Vivant en couple	22	27,5%
Marié	4	5,0%
Veuf	0	0,0%
Divorcé	0	0,0%
Divorcé_	0	0,0%
Total	80	100,0%

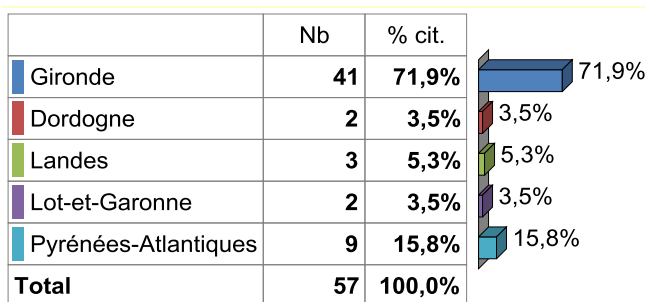
Répartition des ESI de CRF1 selon leur situation familiale

	Nb	% cit.
Oui	9	11,7%
Non	68	88,3%
Total	77	100,0%

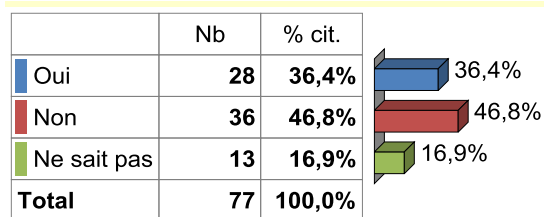
Proportion des ESI de CRF1 ayant ou non des enfants

	Nb	% obs.
Aquitaine	57	71,3%
Hors Aquitaine	23	28,8%
Zone urbaine	62	77,5%
Zone rurale	16	20,0%
Total	80	

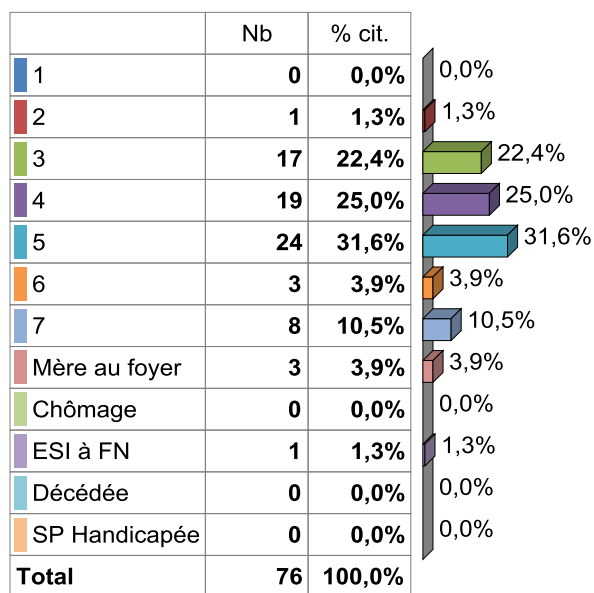
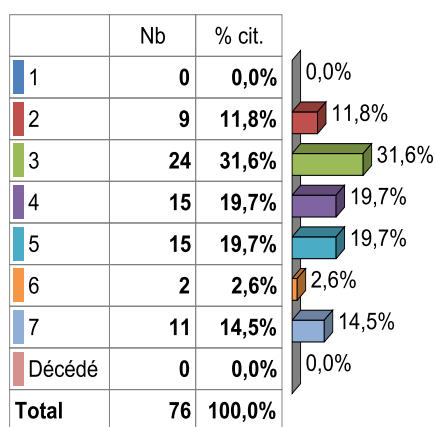
Répartition des ESI de CRF1 selon leur origine géographique



Répartition des ESI de CRF1 selon leur département d'origine

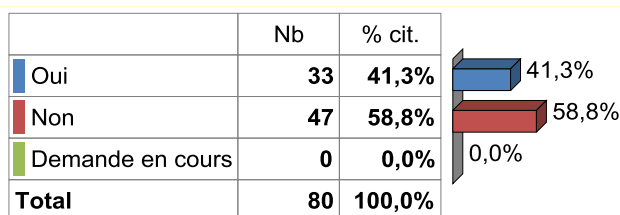


Répartition des ESI de CRF1 selon leur souhait de retour



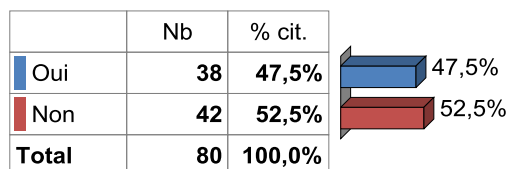
Répartition des ESI de CRF1 selon la PCS du père (Tab.de gauche) et selon celle de la mère (Tab.de droite)

Question 9



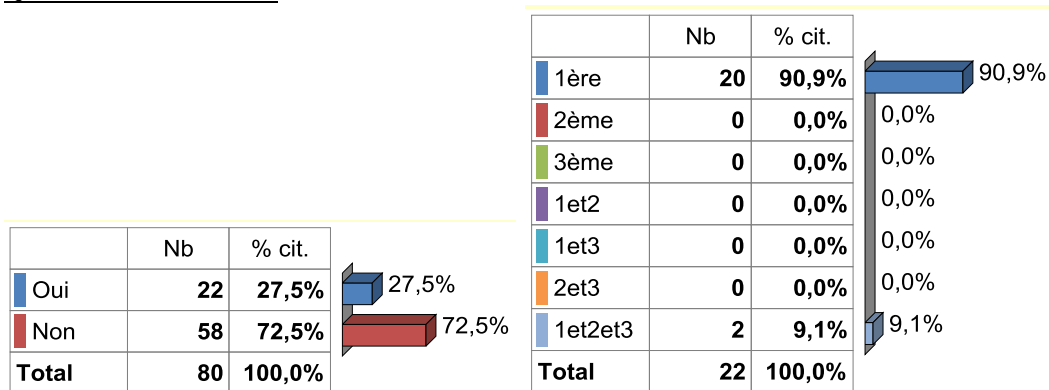
Proportion des ESI ce CRF1 ayant bénéficié ou non d'une subvention ou bourse

Question 10a



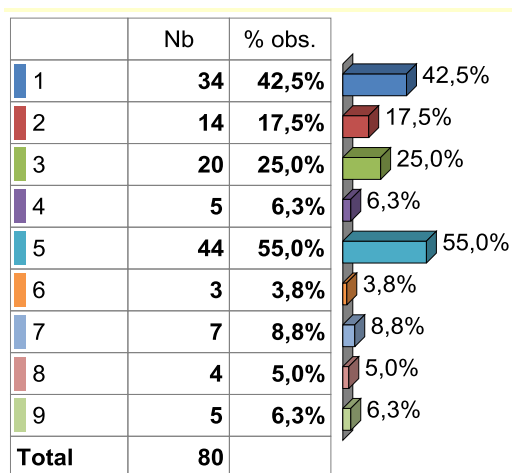
Proportion des ESI ce CRF1 ayant suivi ou non une préparation au concours

Question 11 a et 11 b



Proportion des ESI de CRF1 ayant travaillé pendant la formation (Tab.de gauche) et selon la période concernée (Tab.de droite)

Question 12



Répartition des ESI de CRF1 selon les motivations à choisir le métier

Autre motivation

200 : Pour voyager

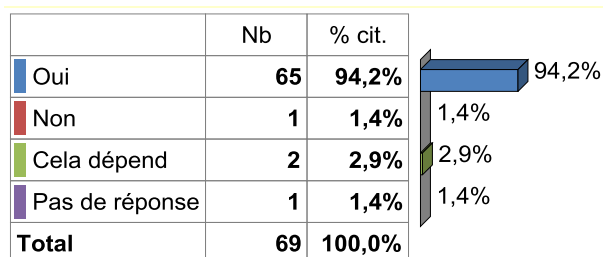
201 : Évolution professionnelle (AS)

207 : C'est une vocation

208 : Une circonstance m'a poussée à le faire

253 : Possibilité d'évolution; métier passionnant

Question 13 b



Répartition des ESI de CRF1 selon leur degré d'accord avec les valeurs perçues

Question 13a

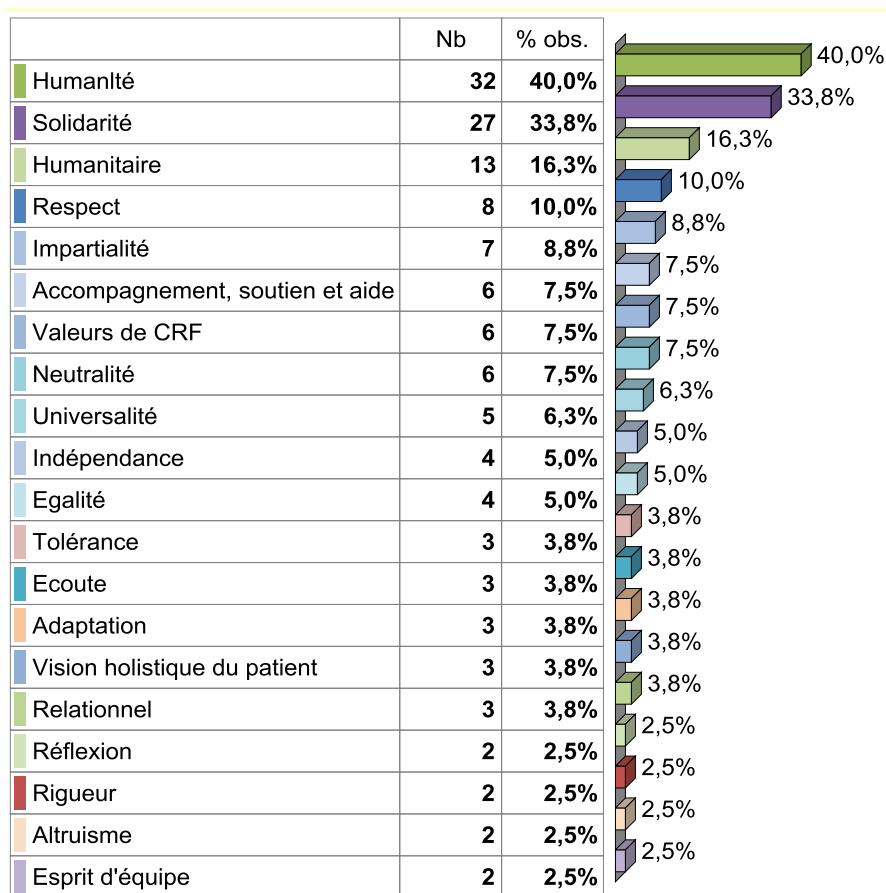
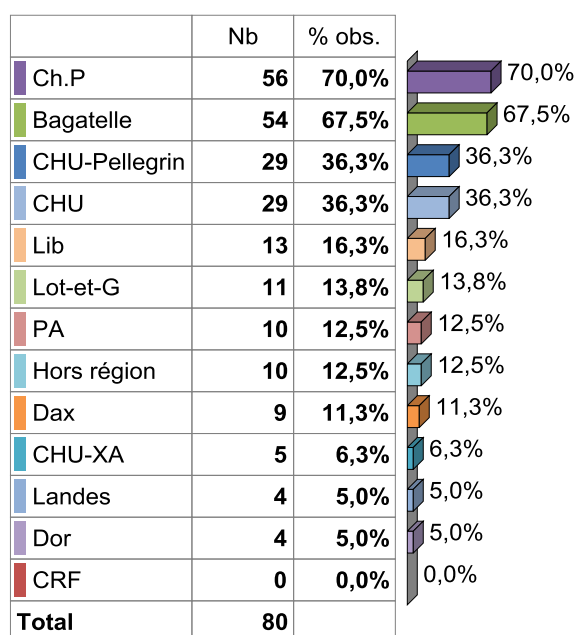


Tableau des 20 premières valeurs classées par ordre décroissant par les ESI de CRF 1

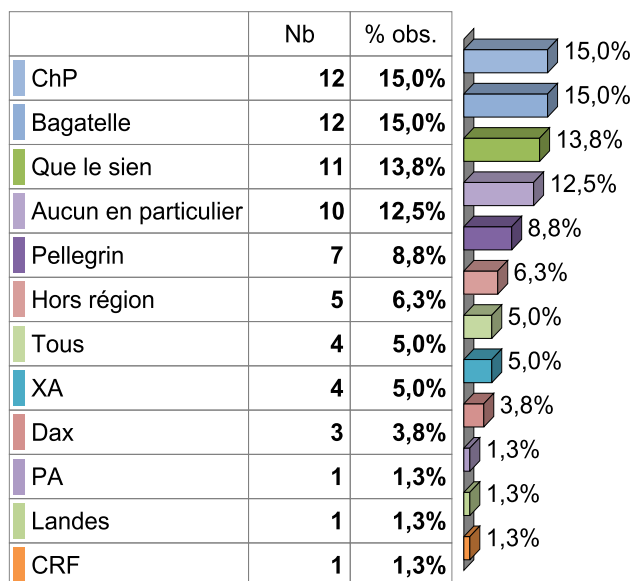
Question 14 b



Répartition des ESI de CRF1 selon les IFSI présentés

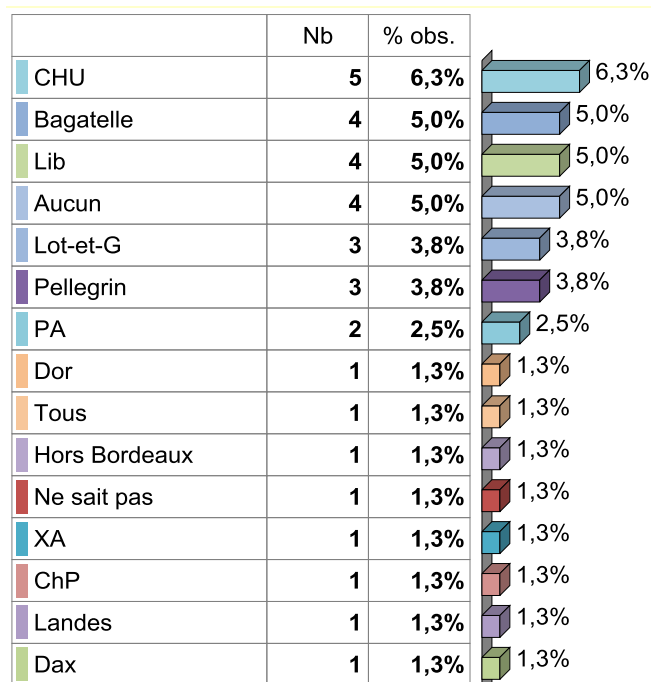
Raisons choix d'autres IFSI pour la formation

- 199 : Plus proche de mon domicile
- 200 : Économies de logement, rester dans ma belle région
- 202 : Pour sa réputation
- 205 : Plus près géographiquement et moins cher
- 207 : Pour rester dans ma ville
- 213 : IFSI qui est réputé pour ses résultats et son suivi des ESI
- 215 : Bagatelle: renommée; Mt de Marsan: pour son cadre
- 216 : Bagatelle: bonne réputation; Charles-Perrens: veux m'orienter en psy
- 218 : Je suis bien ici
- 219 : Bagatelle: en face du domicile; mais préfère être à CRF
- 220 : Pour la gratuité
- 221 : Bonne réputation
- 222 : Bonne réputation
- 225 : Peu importe l'IFSI: suivre la formation et me rapprocher de mon compagnon
- 226 : Les autres concours = mettre plus de chances de mon côté mais je voulais CRF
- 227 : Paris: pour la richesse des stages; Dax pour la proximité du Pays Basque
- 228 : Chu: bonne réputation et proche domicile; Bagatelle: idem, a une histoire; Ch-Perrens: bonne école, beaux locaux
- 229 : Pour le parc et les arbres
- 230 : Enseignement conseillé
- 231 : Pour sa notoriété: meilleur suivi des enseignants
- 234 : N'importe lequel
- 237 : Plus près de mon domicile et j'y ai des amies
- 238 : Proche de chez moi
- 245 : Grand hôpital
- 246 : Content de d'être ici
- 248 : Je n'ai pas été prise
- 249 : Dax car loin de chez moi; Toulouse car la ville m'attirait
- 250 : A côté de chez moi
- 252 : Paris pour y vivre
- 253 : Bonne réputation et cadre agréable
- 255 : Près du domicile
- 260 : Les valeurs inculquées ici me correspondent
- 262 : Plus intime, moins impersonnel
- 263 : J'aime bien le côté psy
- 265 : Échec à l'oral
- 267 : École publique, accès plus facile
- 269 : Bonne réputation, dans un hôpital psy
- 270 : Perpignan: famille et attachée à cette ville
- 275 : Proche de chez moi
- 276 : À côté de chez moi
- 277 : Gratuité de la formation



Répartition des ESI de CRF1 selon leurs autres choix d'IFSI

Question 16



Répartition des ESI de CRF1 selon leurs refus d'IFSI

Raisons de non choix

199 : Trop loin et pas de possibilités de logement

200 : La région ne me plaît pas

201 : Pour la mauvaise réputation

203 : Volonté de m'éloigner pour ma vie d'étudiante; peu de stages

204 : Trop près de chez moi

206 : CHU: trop grande promo; Bagatelle: trop porté sur la religion; Ch Perrens: trop spécialisé en psy

207 : Promo trop grande: usine
212 : Mauvaise réputation, les ESI en partent
213 : Réputation d'être cassant avec les ESI
214 : Ils se valent tous
215 : Lib: mauvais retour; CHU: idem et anonymat de l'ESI
218 : Pour pouvoir changer de ville et commencer à être indépendante
219 : Même si formation identique, être dans un hôpital psy me dérangeait
226 : L'oral s'est mal passé, le jury m'a rabaisée; c'est pas normal même si c'est pour voir si on peut résister; IFSI du CHU: usine
228 : Trop loin pour y vivre seule mon ami ne pouvait m'accompagner
233 : Trop grande promo
237 : Dans mon département d'origine
245 : Trop loin
250 : Trop d'étudiants, trop grand
252 : beaucoup trop d'étudiants
254 : trop éloigné
255 : A cause de l'ambiance
257 : Loin de chez moi
259 : Trop borné, et sélectif dans le sens où le concours n'est pas le seul critère de choix)
268 : Inconnus pour moi
276 : A cause de mon fils

Question 20

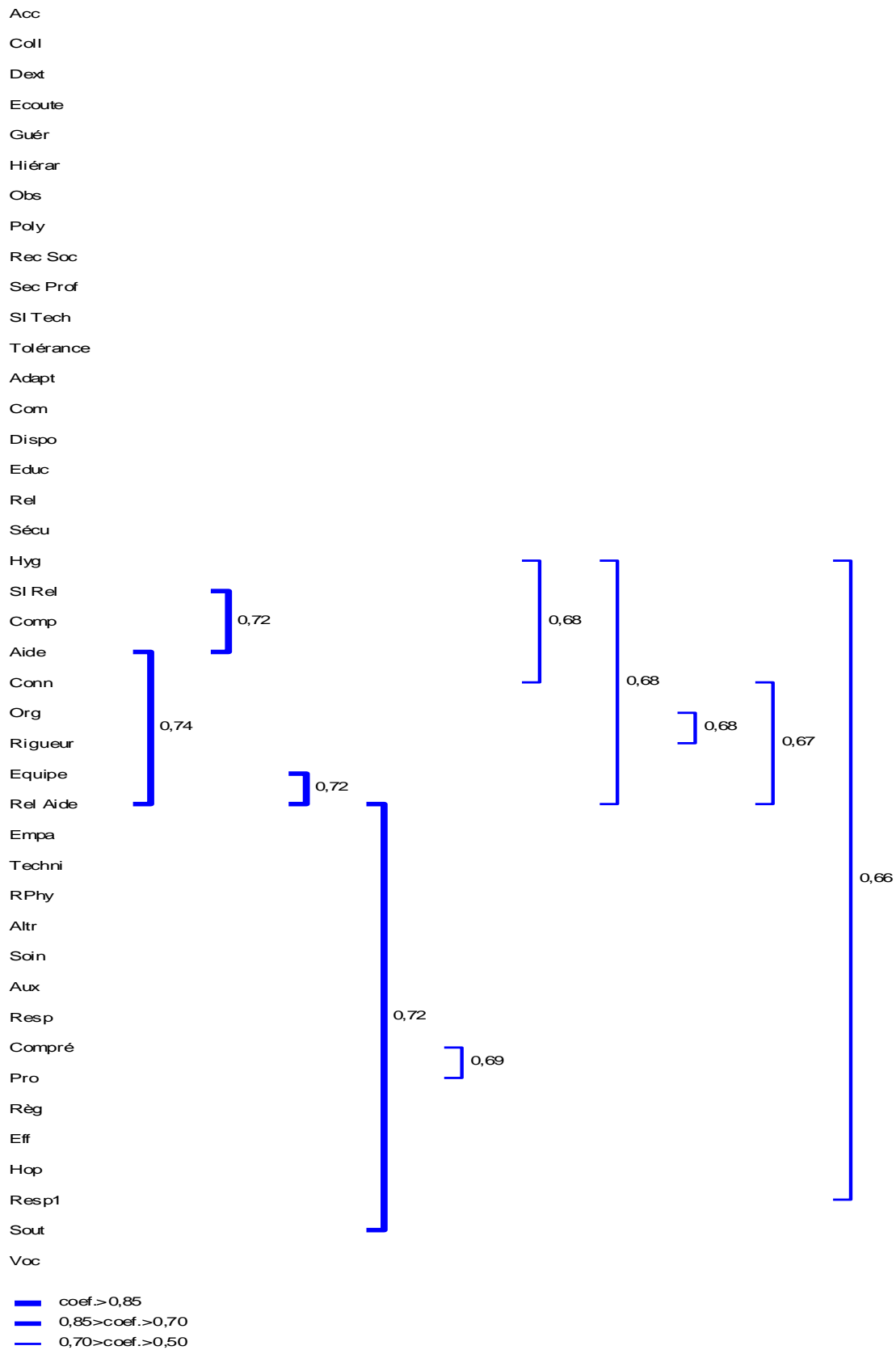
199 : Importance de l'humanitaire
200 : CRF est une association engagée dans l'humanitaire et différentes démarches bénévoles d'aide aux populations
203 : association humanitaire
204 : association humanitaire
214 : International
216 : Possibilité de faire de l'humanitaire
219 : Contexte humanitaire
224 : Place particulière de la formation infirmière; développement des autres formations proposées
229 : Organisation internationale!
231 : Action humanitaire de CRF
235 : Je ne connais pas très bien l'histoire de l'IFSI
248 : Humanité; solidarité
253 : Création bataille de Solferino
258 : Aucune idée
259 : Rien de particulier
260 : Humanitaire et tolérance
264 : Raison de la création de la CRF
275 : Bof

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagn.	1,3%	3,9%	1,3%	23,4%	70,1%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	1,3%	39,0%	59,7%	100%
Dextérité	0,0%	2,6%	13,0%	39,0%	45,5%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	2,6%	21,8%	75,6%	100%
Guérison	1,3%	5,3%	23,7%	42,1%	27,6%	100%
Hiérarchie	2,6%	14,3%	40,3%	29,9%	13,0%	100%
Observation	0,0%	2,6%	6,4%	37,2%	53,9%	100%
Polyvalence	1,3%	3,9%	12,8%	39,7%	42,3%	100%
Rec-Sociale	13,0%	18,2%	40,3%	14,3%	14,3%	100%
Sec-Professionnel	1,3%	2,6%	7,8%	15,6%	72,7%	100%
Soin Technique	0,0%	2,6%	11,7%	28,6%	57,1%	100%
Tolérance	1,3%	2,6%	7,8%	31,2%	57,1%	100%
Adaptation	1,3%	1,3%	9,1%	31,2%	57,1%	100%
Communication	0,0%	1,3%	2,6%	27,3%	68,8%	100%
Disponibilité	1,3%	3,9%	9,1%	32,5%	53,3%	100%
Education	0,0%	3,9%	13,0%	45,5%	37,7%	100%
Relation	0,0%	1,3%	5,2%	29,9%	63,6%	100%
Séc-Emploi	0,0%	5,2%	14,3%	31,2%	49,4%	100%
Hygiène	0,0%	1,3%	2,6%	13,0%	83,1%	100%
Soin Relationnel	0,0%	3,9%	1,3%	24,7%	70,1%	100%
Compétence	0,0%	3,9%	13,0%	33,8%	49,4%	100%
Aide	0,0%	2,6%	7,8%	31,2%	58,4%	100%
Connaissances	0,0%	1,3%	5,2%	45,5%	48,1%	100%
Organisation	0,0%	1,3%	6,6%	38,2%	54,0%	100%
Rigueur	0,0%	1,3%	5,3%	35,5%	57,9%	100%
Equipe	0,0%	2,6%	7,9%	39,5%	50,0%	100%
Relation Aide	0,0%	1,3%	6,6%	27,6%	64,5%	100%
Empathie	0,0%	1,3%	10,5%	27,6%	60,5%	100%
Technicité	0,0%	4,0%	14,5%	51,3%	30,3%	100%
Rés-Physique	1,3%	6,6%	25,0%	47,4%	19,7%	100%
Altruisme	0,0%	2,6%	18,4%	36,8%	42,1%	100%
Soin	0,0%	2,6%	5,3%	29,0%	63,2%	100%
Aux-Médical	5,3%	18,4%	31,6%	29,0%	15,8%	100%
Respect	0,0%	5,3%	6,6%	22,4%	65,8%	100%
Compréhension	0,0%	7,8%	10,4%	31,2%	50,7%	100%
Professionnel	1,3%	4,0%	10,5%	38,2%	46,1%	100%
Règles	0,0%	4,0%	6,6%	48,7%	40,8%	100%
Efficacité	0,0%	4,0%	11,8%	40,8%	43,4%	100%
Hôpital	0,0%	13,2%	25,0%	32,9%	29,0%	100%
Responsabilité	0,0%	2,6%	1,3%	33,8%	62,3%	100%
Soutien	1,3%	2,6%	6,6%	32,9%	56,6%	100%
Vocation	13,2%	19,7%	21,1%	25,0%	21,1%	100%
Ensemble	1,1%	4,6%	11,5%	32,7%	50,1%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de CRF1

Question 17



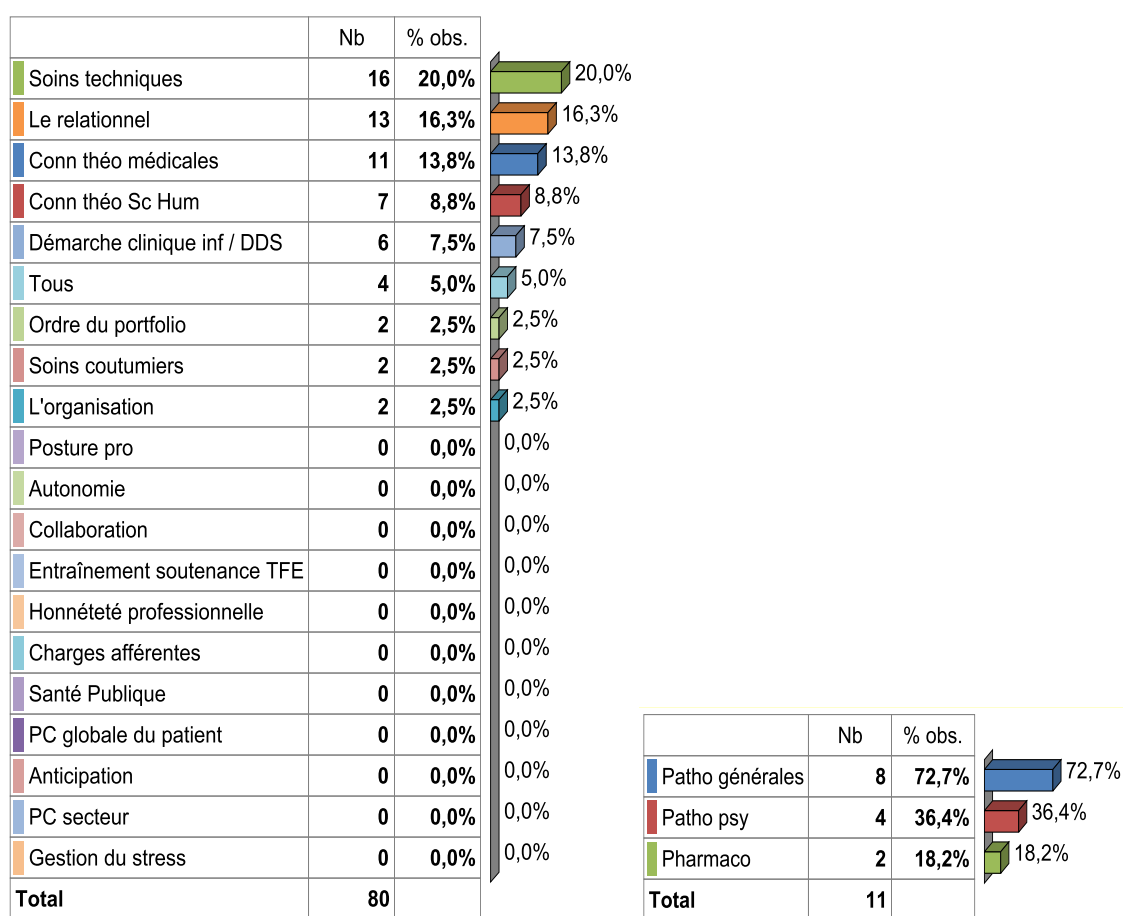
Graphe de corrélation des RSP des ESI de CRF1

Question 18

	Non, pas du tout	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Oui, tout à fait	NSP	TOTAL
Compét relationnelles	1,3%	2,6%	7,8%	64,9%	19,5%	3,9%	100%
Compét organisationnelles	1,3%	6,5%	15,6%	59,7%	13,0%	3,9%	100%
Compét techniques	1,3%	5,2%	7,8%	70,1%	9,1%	6,5%	100%
Ensemble	1,3%	4,8%	10,4%	64,9%	13,9%	4,8%	100%

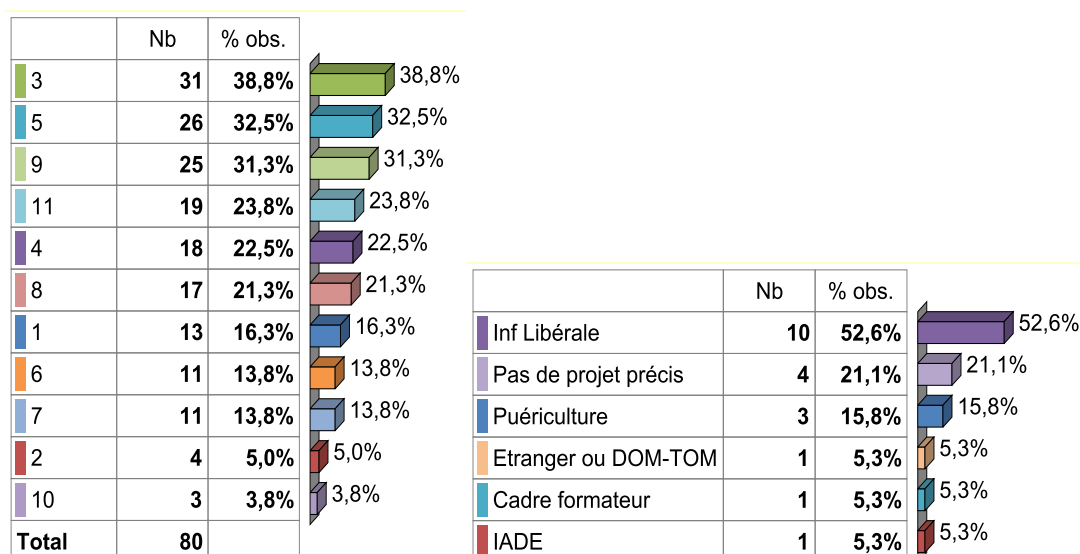
Répartition des ESI de CRF1 selon leurs jugements sur leurs compétences

Question 21



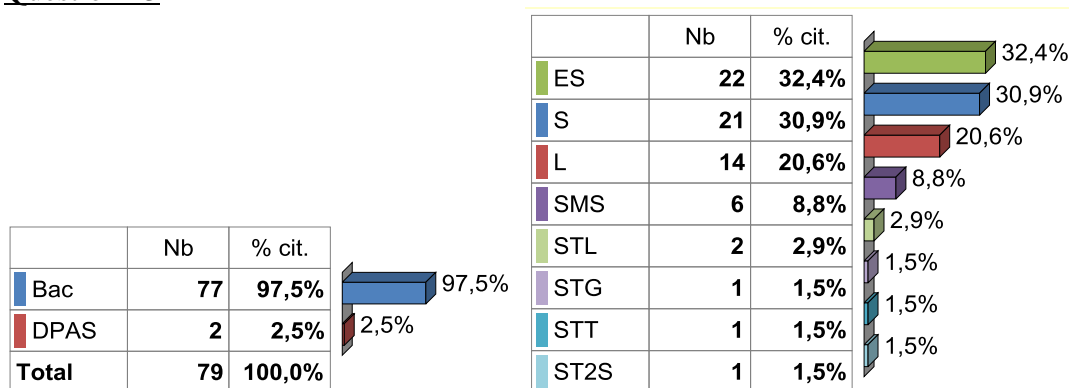
Répartition des ESI de CRF1 selon leurs souhaits d'approfondissement de certains apprentissages

Question 22

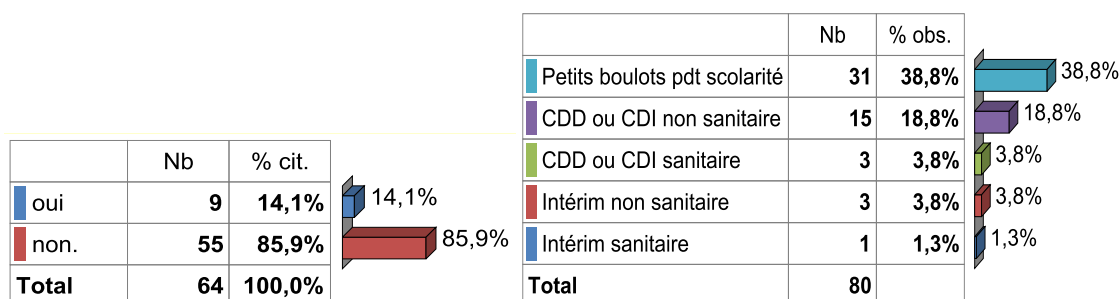


Répartition des ESI de CRF1 selon leurs choix de projet professionnel

Question 23



Répartition des ESI de CRF1 selon le diplôme d'inscription à l'IFSI (Tab.de gauche) et selon la série du baccalauréat (Tab. de droite)

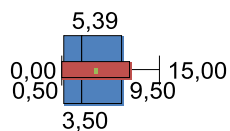


Répartition des ESI de CRF1 selon l'inscription en PCEM (Tab.de gauche) et selon le type de travail avant ou pendant la formation (Tab. de droite)

Question 24

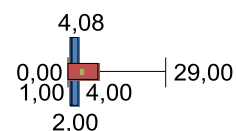
Moyenne = **5,39** Ecart-type = **5,17**

	Nb	% cit.
Moins de 3	7	38,9%
De 3 à 5	3	16,7%
De 6 à 8	3	16,7%
De 9 à 11	2	11,1%
De 12 à 14	2	11,1%
15 et plus	1	5,6%
Total	18	100,0%



Moyenne = **4,08** Ecart-type = **5,52**

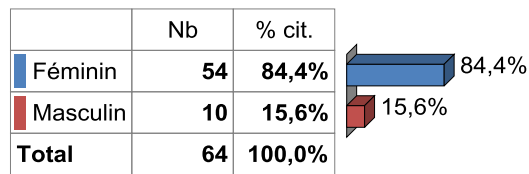
	Nb	% cit.
Moins de 5	59	76,6%
De 5 à 9	9	11,7%
De 10 à 14	4	5,2%
De 15 à 19	2	2,6%
De 20 à 24	2	2,6%
25 et plus	1	1,3%
Total	77	100,0%



Répartition des ESI de CRF1 selon la durée de travail avant réorientation (Tab. de gauche) et selon la durée de scolarité avant réorientation (Tab. de droite)

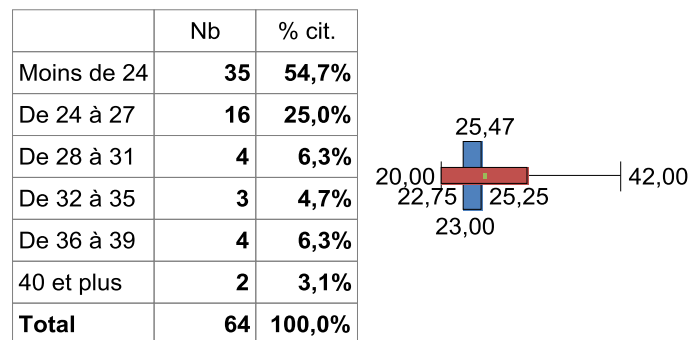
Strate : Croix-Rouge Française 3^{ème} année

Questions 1 à 8

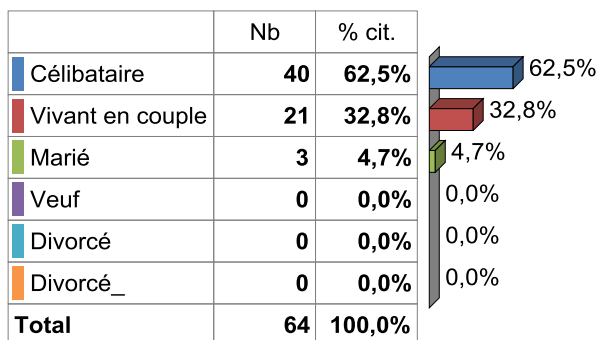


Répartition des ESI de CRF3 selon le sexe

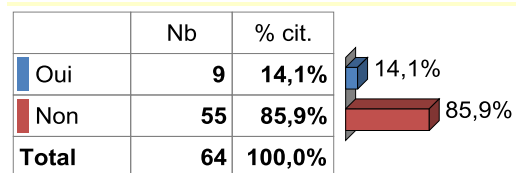
Moyenne = **25,47** Ecart-type = **5,37**



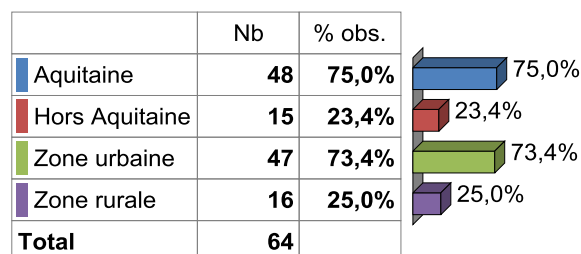
Répartition des ESI de CRF3 selon leur classe d'âge



Répartition des ESI de CRF3 selon leur situation familiale



Proportion des ESI de CRF3 ayant ou non des enfants



Répartition des ESI de CRF3 selon leur origine géographique

	Nb	% cit.
Gironde	33	68,8%
Dordogne	2	4,2%
Landes	2	4,2%
Lot-et-Garonne	3	6,3%
Pyrénées-Atlantiques	8	16,7%
Total	48	100,0%

Répartition des ESI de CRF3 selon leur département d'origine

	Nb	% cit.
Oui	33	53,2%
Non	20	32,3%
Ne sait pas	9	14,5%
Total	62	100,0%

Répartition des ESI de CRF3 selon leur souhait de retour

	Nb	% cit.
1	1	1,6%
2	10	16,4%
3	20	32,8%
4	10	16,4%
5	9	14,8%
6	4	6,6%
7	6	9,8%
Décédé	1	1,6%
Total	61	100,0%

	Nb	% cit.
1	0	0,0%
2	3	4,8%
3	16	25,8%
4	13	21,0%
5	14	22,6%
6	2	3,2%
7	3	4,8%
Mère au foyer	8	12,9%
Chômage	0	0,0%
ESI à FN	0	0,0%
Décédée	2	3,2%
SP Handicapée	1	1,6%
Total	62	100,0%

Répartition des ESI de CRF3 selon la PCS du père (Tab.de gauche) et selon celle de la mère (Tab.de droite)

Question 9

	Nb	% cit.
Oui	21	32,8%
Non	43	67,2%
Demande en cours	0	0,0%
Total	64	100,0%

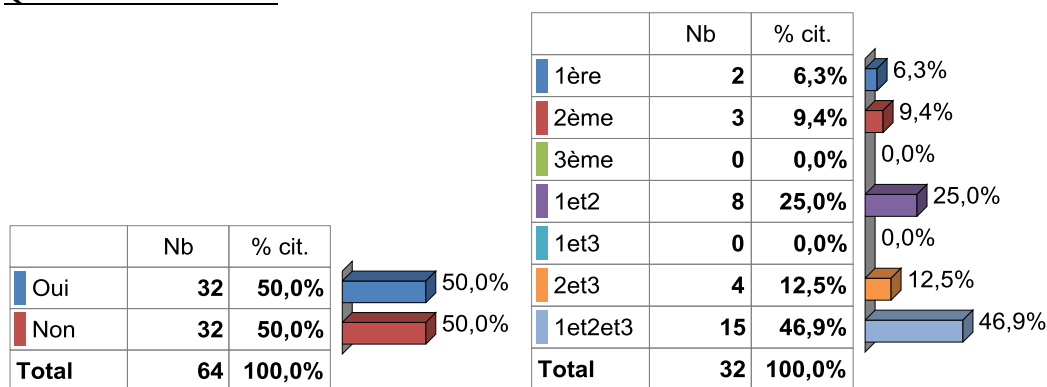
Proportion des ESI ce CRF3 ayant bénéficié ou non d'une subvention ou bourse

Question 10a

	Nb	% cit.
Oui	29	45,3%
Non	35	54,7%
Total	64	100,0%

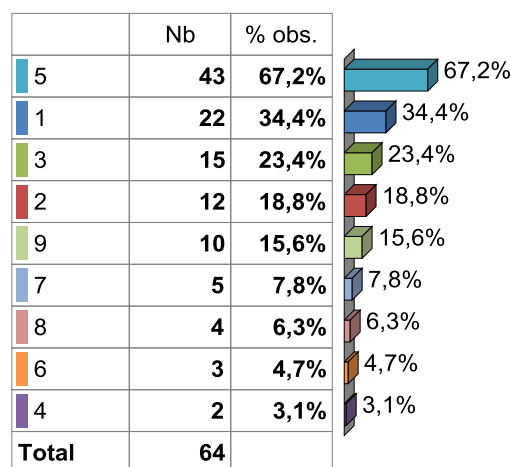
Proportion des ESI ce CRF3 ayant suivi ou non une préparation au concours

Question 11 a et 11 b



Proportion des ESI de CRF3 ayant travaillé pendant la formation (Tab.de gauche) et selon la période concernée (Tab.de droite)

Question 12



Répartition des ESI de CRF3 selon les motivations à choisir le métier

Autre motivation

282 : AS: évolution professionnelle

283 : Études courtes

290 : C'est un métier qui me ressemble, plein de sens et d'humanité

299 : J'ai eu une expérience en EHPAD

308 : J'aime

316 : Sécurité de l'emploi

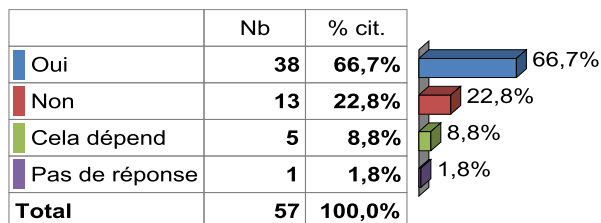
327 : Aider, apporter mon savoir

330 : Envie de soigner un patient, pas la maladie; volonté de se sentir utile dans son métier

331 : réorientation après 5 ans dans le commercial où je n'ai pas trouvé ma place

334 : Besoin d'être utile

Question 13b



Répartition des ESI de CRF3 selon leur degré d'accord avec les valeurs perçues

Question 13a

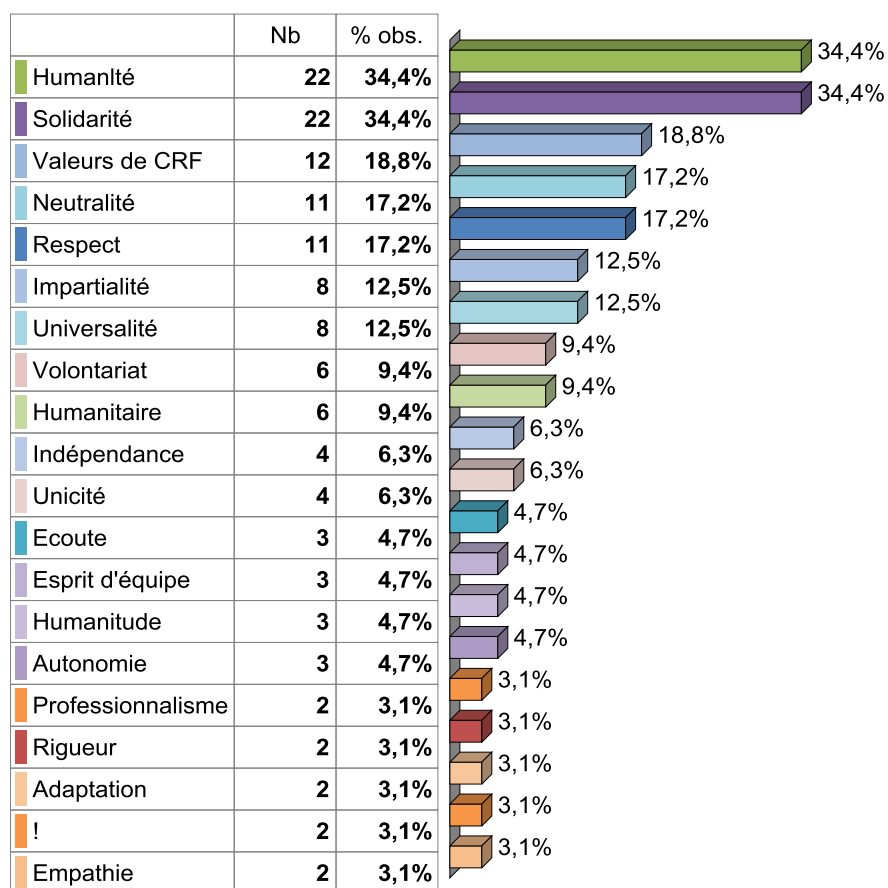
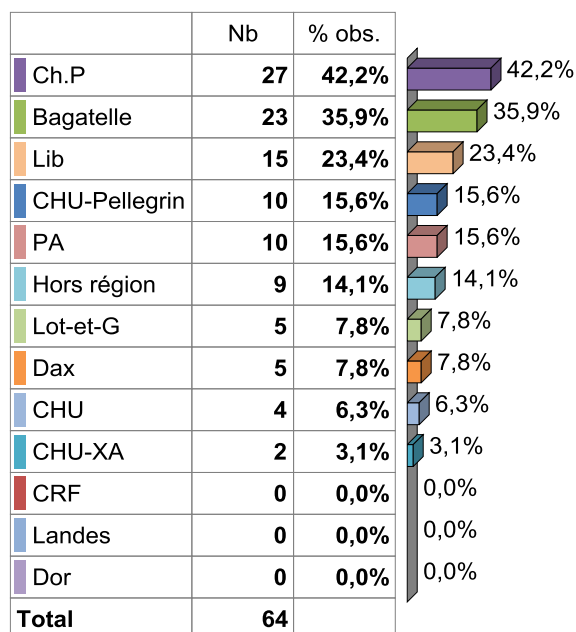


Tableau des 20 premières valeurs classées par ordre décroissant par les ESI de CRF 3

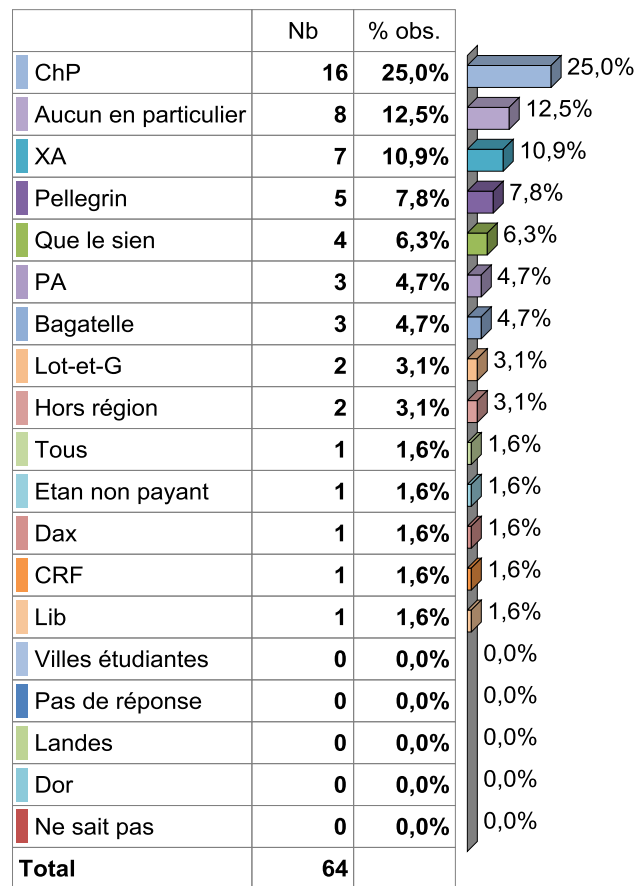
Question 14b



Répartition des ESI de CRF3 selon les IFSI présentés

Question 15a

- 283 : Pour le prestige du nom; plus facile d'accès pour moi et une broche est offerte à la fin des études
- 284 : J'aime la psychiatrie
- 286 : Leurs valeurs et leur respect des ESI me plaisent. Bonne école avec enseignement centré sur l'humain et la personne. Mais LMD ça va s'uniformiser un peu
- 288 : J'ai apprécié la prise en charge pendant la préparation au concours
- 291 : J'étais profondément en accord avec les valeurs officielles de CRF
- 293 : Bien que reçue ailleurs, je pensais à l'époque que la CRF avait des valeurs plus proches des miennes...
- 294 : Plus psychologue
- 295 : Car à Bordeaux et les 2 sont réputés
- 296 : Charles-Perrens: plus tourné vers la psychiatrie; Pellegrin: propositions d'embauche après DE
- 301 : Axé sur la psychologie
- 307 : Idées et valeurs portées vers la psychiatrie
- 310 : Plus proches de chez moi
- 311 : Proche de chez moi
- 317 : Pour l'attention qu'ils portent à leurs étudiants et l'emploi du tps plus léger
- 318 : Ville sympa de mon enfance, pas de problème financier
- 319 : Plus proche de chez moi
- 323 : Libourne: proche de Bordeaux; Pau: envie de découvrir autre chose
- 324 : Écoles gratuites et souvent moins d'intervenants inutiles
- 327 : Être rattaché à un hôpital
- 329 : Formation plus centrée sur la psychiatrie
- 330 : Bayonne: proche de chez moi; CHU: diversité des stages spécifiques
- 331 : Proche de chez moi
- 332 : IFSI renommé pour la PC des ESI; valeurs de cette école
- 333 : Formateurs très à l'écoute, très encadrant
- 336 : sa réputation et son ambiance avec les ESI
- 337 : Poitiers proche de chez moi
- 338 : Pour ses valeurs, possibilité de stage à l'étranger
- 339 : Plus proche de chez moi
- 340 : Dépendent du CHU, plus de prépa aux soins techniques, plus habilités à recevoir des ESI (CDI universitaire, self)
- 341 : Cadre génial, proximité avec hôpital très enrichissante

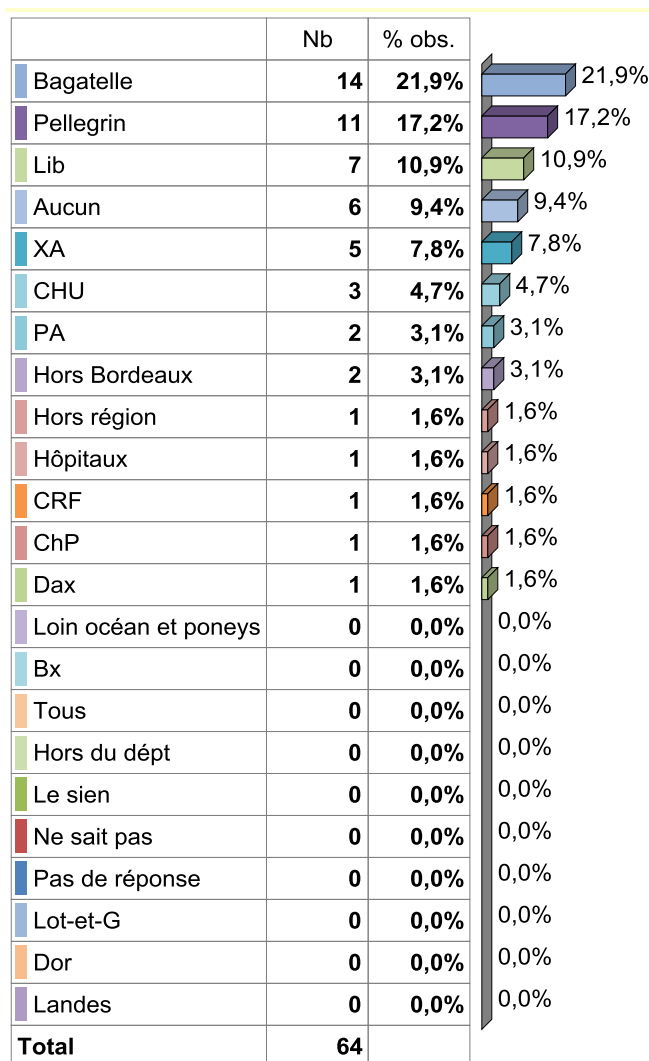


Répartition des ESI de CRF3 selon leurs autres choix d'IFSI

Question 16

- 279 : Très mauvaise réputation d'encadrement
- 280 : Trop scolaire et se prend pour des tout puissants en service
- 282 : Pédagogie et organisation incompatibles avec mes valeurs
- 283 : Manque de respect des formateurs et mauvaise réputation
- 285 : Promotions trop importantes
- 286 : Leur façon d'enseigner ne me plaît pas, on veut faire des IDE petits robots pour le médecin
- 288 : Trop loin
- 291 : trop centrés sur la technicité et non l'être humain
- 292 : Pellegrin: trop usine; Bagatelle: trop protocolisé dans la façon de soigner
- 300 : Trop strict
- 301 : C'est une usine
- 306 : École assez stricte et très scolaire
- 307 : par rapport à ce qui m'a été rapporté dans les stages
- 311 : Bagatelle: réputation stricte; CHU: grandes promos
- 313 : Accompagnement qui ne me correspond pas
- 317 : Je ne voulais pas vivre chez mes parents, petite ville
- 318 : Trop loin, trop petit, trop de dépenses
- 321 : 3 ans faits il y a 10 ans; trop centré sur le médical, pas assez d'autonomie (beaucoup stages au CHU: équipes très hiérarchisées
- 322 : Trop loin de Bordeaux
- 323 : Les valeurs sont différentes des miennes

- 324 : Trop strict, les ESI sont trop encadrés: c'est ce que j'ai vu en y faisant un module optionnel
 325 : Trop loin
 326 : Trop de rigueur et ce sont des usines
 327 : Petites villes, manque de diversité de terrains de stage
 330 : Sentiment de froideur, de malaise; tourné vers la psychiatrie et pour l'instant je veux travailler dans les services de soins généraux
 332 : Pellegrin: usine à gaz; Xavier-Arnozan: les valeurs ne me plaisent pas
 333 : IFSI trop strict, directrice pas accueillante et à la limite du respect des ESI
 334 : Pellegrin: formation impersonnelle; Xavier-Arnozan: trop strict et impersonnelle
 335 : Bagatelle: mauvaise image lors de l'oral
 336 : Pour son ambiance
 337 : Ambiance trop pompeuse, je ne m'y sentais pas à ma place
 340 : Je ne pense pas rentrer dans les valeurs de cet IFSI
 341 : J'ai l'impression que c'est trop l'usine
 342 : Trop strict, obligation de rentrer dans un moule



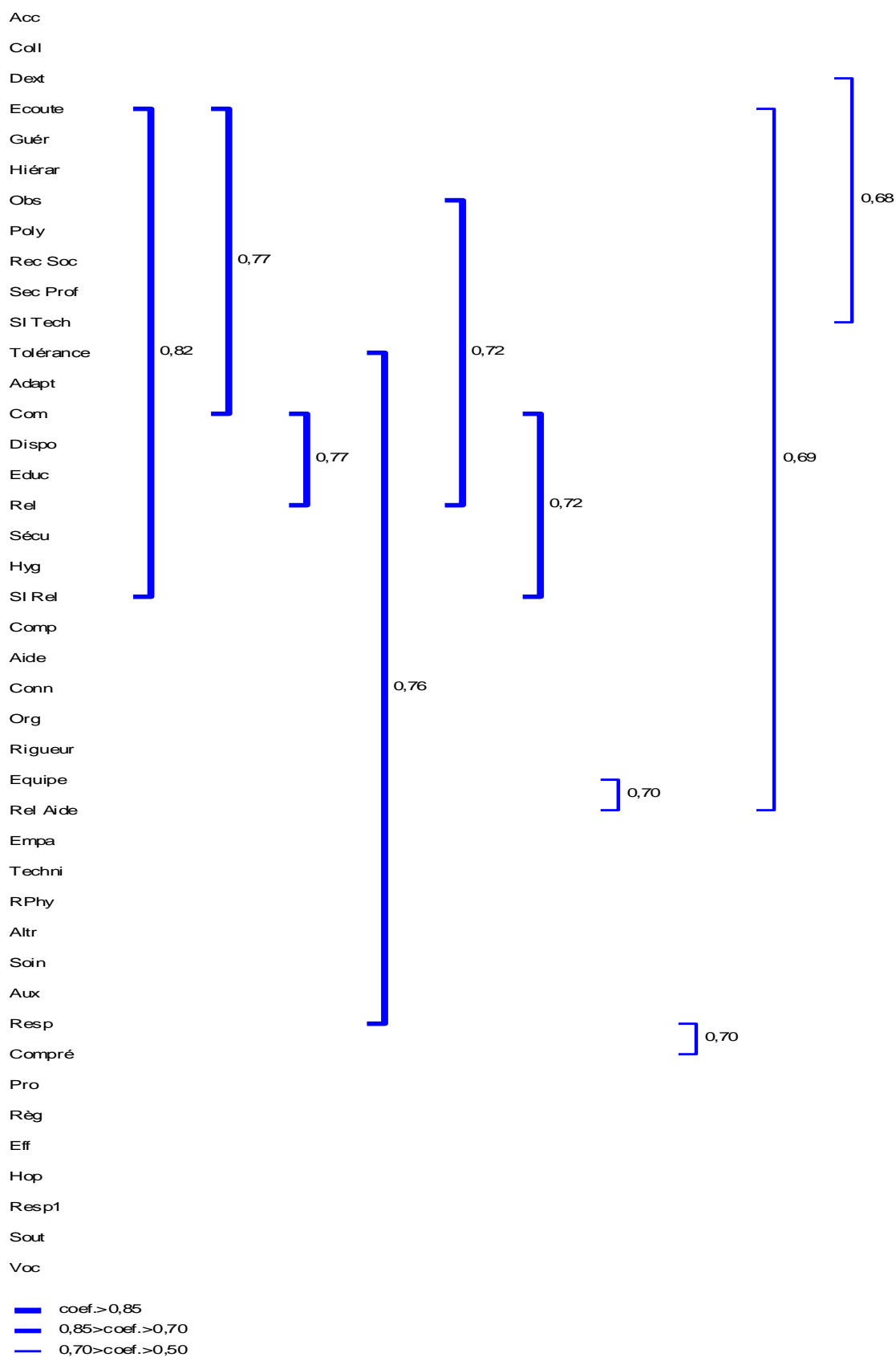
Répartition des ESI de CRF3 selon leurs refus d'IFSI

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagn.	0,0%	0,0%	1,6%	28,1%	70,3%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	4,7%	28,1%	67,2%	100%
Dextérité	0,0%	1,6%	10,9%	51,6%	35,9%	100%
Ecoute	1,6%	0,0%	0,0%	20,3%	78,1%	100%
Guérison	9,4%	17,2%	43,8%	25,0%	4,7%	100%
Hiérarchie	17,2%	17,2%	26,6%	26,6%	12,5%	100%
Observation	1,6%	0,0%	6,3%	26,6%	65,6%	100%
Polyvalence	0,0%	3,1%	12,5%	32,8%	51,6%	100%
Rec-Sociale	17,2%	21,9%	32,8%	17,2%	10,9%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	4,7%	7,8%	17,2%	70,3%	100%
Soin Technique	1,6%	4,7%	37,5%	32,8%	23,4%	100%
Tolérance	3,1%	3,1%	6,3%	23,4%	64,1%	100%
Adaptation	0,0%	1,6%	9,4%	21,9%	67,2%	100%
Communication	0,0%	1,6%	3,1%	20,3%	75,0%	100%
Disponibilité	1,6%	1,6%	12,5%	31,3%	53,1%	100%
Education	3,1%	6,3%	14,1%	43,8%	32,8%	100%
Relation	0,0%	3,1%	1,6%	21,9%	73,4%	100%
Séc-Emploi	3,1%	6,3%	17,2%	26,6%	46,9%	100%
Hygiène	0,0%	1,6%	7,8%	37,5%	53,1%	100%
Soin Relationnel	1,6%	0,0%	4,7%	18,8%	75,0%	100%
Compétence	1,6%	1,6%	17,2%	39,1%	40,6%	100%
Aide	3,1%	1,6%	7,8%	35,9%	51,6%	100%
Connaissances	3,1%	3,1%	12,5%	45,3%	35,9%	100%
Organisation	0,0%	1,6%	4,7%	43,8%	50,0%	100%
Rigueur	0,0%	1,6%	9,4%	40,6%	48,4%	100%
Equipe	0,0%	1,6%	7,8%	23,4%	67,2%	100%
Relation Aide	1,6%	0,0%	6,3%	26,6%	65,6%	100%
Empathie	1,6%	1,6%	7,8%	25,0%	64,1%	100%
Technicité	1,6%	10,9%	34,4%	34,4%	18,8%	100%
Rés-Physique	7,8%	3,1%	31,3%	37,5%	20,3%	100%
Altruisme	3,1%	6,3%	21,9%	34,4%	34,4%	100%
Soin	0,0%	0,0%	6,3%	37,5%	56,3%	100%
Aux-Médical	11,1%	20,6%	31,8%	19,1%	17,5%	100%
Respect	1,6%	4,7%	3,1%	20,3%	70,3%	100%
Compréhension	1,6%	3,1%	9,4%	48,4%	37,5%	100%
Professionnel	0,0%	1,6%	12,5%	40,6%	45,3%	100%
Règles	3,1%	6,3%	28,1%	42,2%	20,3%	100%
Efficacité	3,1%	3,1%	17,2%	37,5%	39,1%	100%
Hôpital	7,8%	17,2%	34,4%	25,0%	15,6%	100%
Responsabilité	0,0%	0,0%	3,1%	31,3%	65,6%	100%
Soutien	1,6%	3,1%	12,5%	31,3%	51,6%	100%
Vocation	20,3%	12,5%	23,4%	23,4%	20,3%	100%
Ensemble	3,2%	4,8%	14,4%	30,8%	46,9%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de CRF3

Question 17



Graphe de corrélation des RSP des ESI de CRF3

Question 18

	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Oui, tout à fait	NSP	TOTAL
Compét relationnelles	0,0%	7,8%	42,2%	48,4%	1,6%	100%
Compét organisationnelles	3,1%	15,6%	60,9%	20,3%	0,0%	100%
Compét techniques	6,3%	17,2%	59,4%	17,2%	0,0%	100%
Ensemble	3,1%	13,5%	54,2%	28,7%	0,5%	100%

Tableau des jugements sur le progrès dans l'acquisition des compétences par les étudiants de CRF 3

Question 20

279 : L'indépendance, la solidarité et la neutralité sont des valeurs qui me parlent et qui représentent bien l'identité de CRF, des citoyens au service des citoyens. Tt ne doit pas être géré par l'état. Soyons acteurs.

282 : Infantilisation nécessaire qui n'est pas utile et trop générale

283 : Ha Ha Ha! À part le déménagement je ne me suis pas intéressée à son histoire. Du coup, je ne peux pas répondre. Mais il y a quand même la démission très forcée d'un collègue de la promo

289 : Graves difficultés financières, détournements de fonds

290 : Détournements de fonds, difficultés financières

294 : Foyer trop petit

296 : Aucune idée de l'histoire de mon IFSI

302 : Déménagement de l'IFSI à Bègles

304 : L'aide humanitaire

306 : Je ne sais pas

310 : Aucun en particulier

311 : ? Le déménagement; la bonne réputation antérieure

312 : Pas de connaissance sur ce point

313 : Il y a de très bons délégués en 3^o année

317 : Le déménagement inutile

321 : La lutte

323 : Stages à l'étranger difficiles à obtenir. Pour les promos suivantes, il sera difficile de refaire ce genre de stage, dommage!

324 : Je ne comprends pas la question...

328 : Le manque d'info dur l'actualité professionnelle sauf vaccination (obligatoire) et un peu ordre infirmier

330 : Déménagement à Bègles; nouveaux cadres, CDI

331 : Nouveaux locaux pour une formation dans de meilleures conditions

332 : Déménagement des locaux plus agréables, mieux adaptés à la formation, mieux situés

333 : ESI se formant seul sur le terrain: négatif dans les stages, positif une fois diplômé

334 : Changement de directrice = changement relationnel avec les formateurs

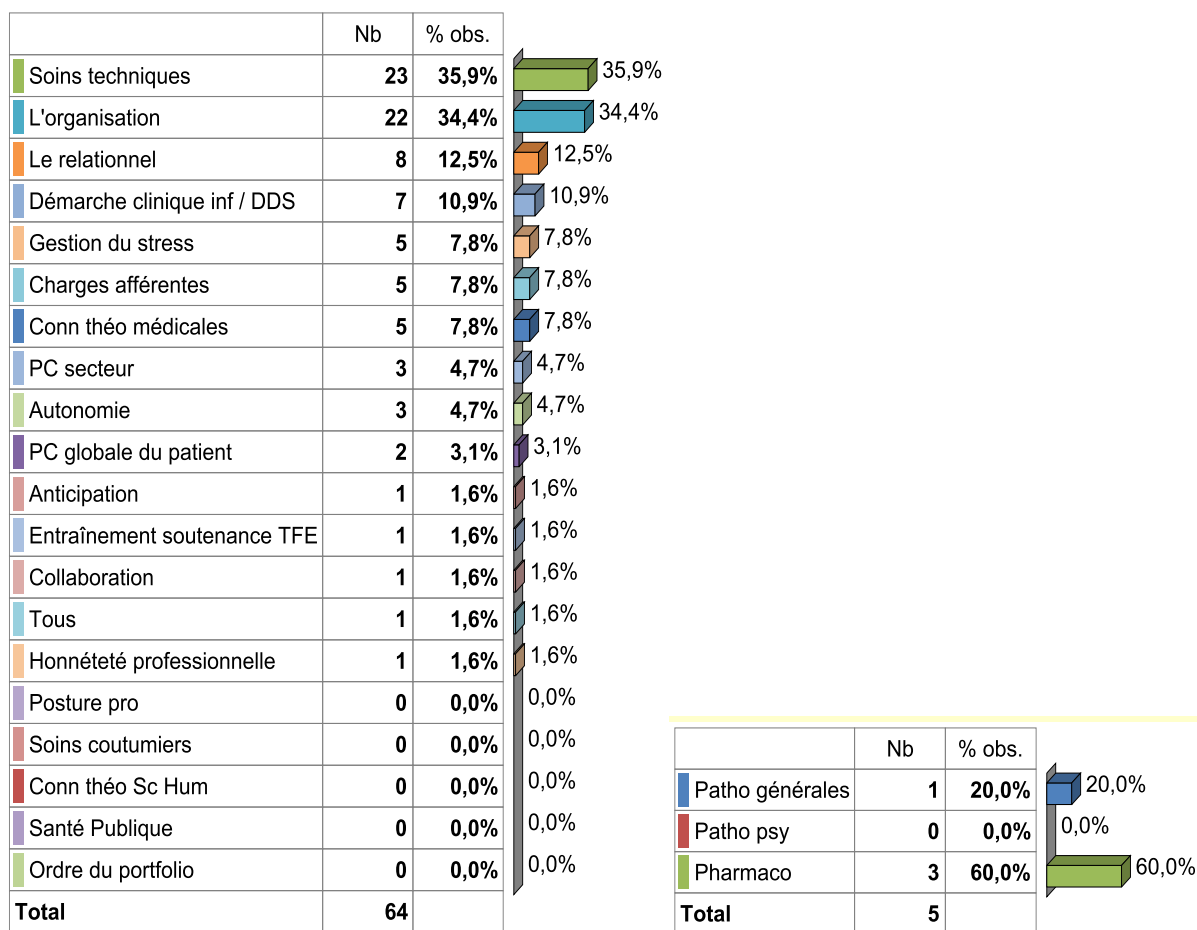
336 : Je n'en sais rien

337 : Création après bataille de Solferino; déménagement il y a 2 ans

341 : La base de CRF repose sur des valeurs

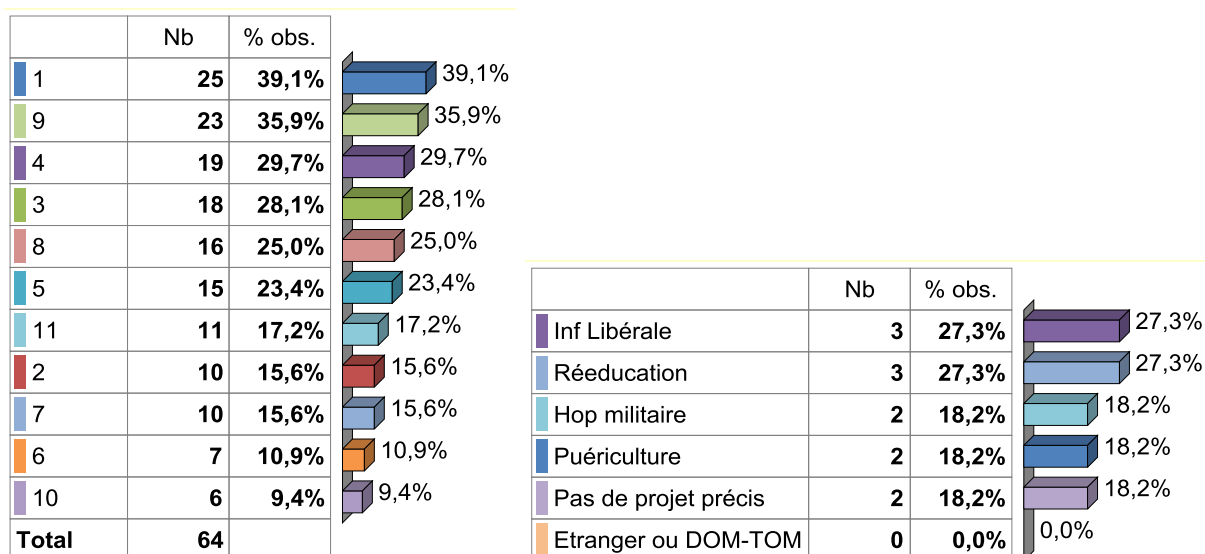
342 : En chute libre, vivement que l'école ferme!

Question 21



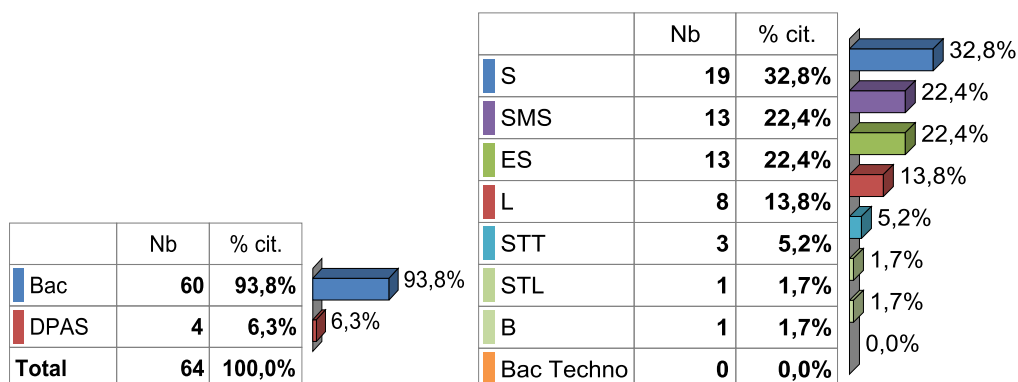
Répartition des ESI de CRF3 selon leurs souhaits d'approfondissement de certains apprentissages

Question 22

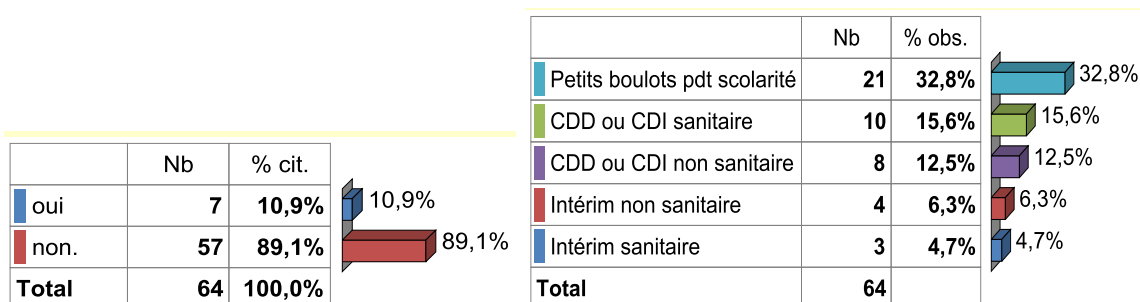


Répartition des ESI de CRF3 selon leurs choix de projet professionnel

Question 23



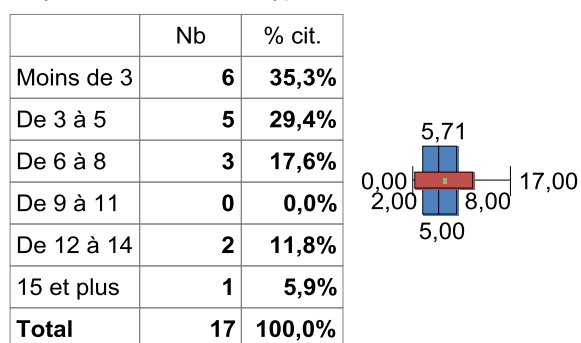
Répartition des ESI de CRF3 selon le diplôme d'inscription à l'IFSI (Tab.de gauche) et selon la série du baccalauréat (Tab. de droite)



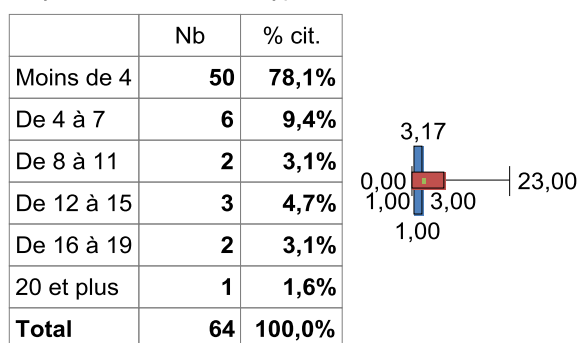
Répartition des ESI de CRF3 selon l'inscription en PCCEM (Tab.de gauche) et selon le type de travail avant ou pendant la formation (Tab. de droite)

Question 24

Moyenne = 5,71 Ecart-type = 5,07



Moyenne = 3,17 Ecart-type = 4,78

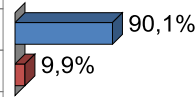


Répartition des ESI de CRF3 selon la durée de travail avant réorientation (Tab. de gauche) et selon la durée de scolarité avant réorientation (Tab. de droite)

Strate : Dax 1^{ère} année

Questions 1 à 8

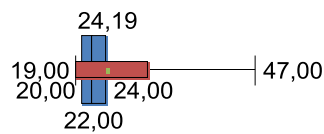
	Nb	% cit.
Féminin	82	90,1%
Masculin	9	9,9%
Total	91	100,0%



Répartition des ESI de D1 selon le sexe

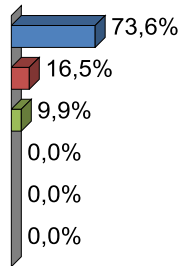
Moyenne = **24,19** Ecart-type = **6,43**

	Nb	% cit.
Moins de 20	5	5,5%
De 20 à 24	64	70,3%
De 25 à 29	7	7,7%
De 30 à 34	5	5,5%
De 35 à 39	6	6,6%
40 et plus	4	4,4%
Total	91	100,0%



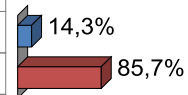
Répartition des ESI de D1 selon leur classe d'âge

	Nb	% cit.
Célibataire	67	73,6%
Vivant en couple	15	16,5%
Marié	9	9,9%
Veuf	0	0,0%
Divorcé	0	0,0%
Divorcé_	0	0,0%
Total	91	100,0%



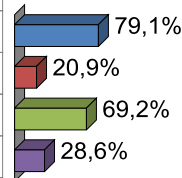
Répartition des ESI de D1 selon leur situation familiale

	Nb	% cit.
Oui	13	14,3%
Non	78	85,7%
Total	91	100,0%



Proportion des ESI de D1 ayant ou non des enfants

	Nb	% obs.
Aquitaine	72	79,1%
Hors Aquitaine	19	20,9%
Zone urbaine	63	69,2%
Zone rurale	26	28,6%
Total	91	



Répartition des ESI de D1 selon leur origine géographique

	Nb	% cit.
Gironde	9	12,9%
Dordogne	1	1,4%
Landes	33	47,1%
Lot-et-Garonne	1	1,4%
Pyrénées-Atlantiques	26	37,1%
Total	70	100,0%

Répartition des ESI de D1 selon leur département d'origine

	Nb	% cit.
Oui	58	64,4%
Non	30	33,3%
Ne sait pas	2	2,2%
Total	90	100,0%

Répartition des ESI de D1 selon leur souhait de retour

	Nb	% cit.
1	1	1,1%
2	10	11,2%
3	14	15,7%
4	10	11,2%
5	22	24,7%
6	17	19,1%
7	13	14,6%
Décédé	2	2,2%
Total	89	100,0%

	Nb	% cit.
1	3	3,3%
2	4	4,4%
3	12	13,2%
4	9	9,9%
5	43	47,3%
6	7	7,7%
7	5	5,5%
Mère au foyer	8	8,8%
Chômage	0	0,0%
ESI à FN	0	0,0%
Décédée	0	0,0%
SP Handicapée	0	0,0%
Total	91	100,0%

Répartition des ESI de D1 selon la PCS du père (Tab.de gauche) et selon celle de la mère (Tab.de droite)

Question 9

	Nb	% cit.
Oui	63	70,0%
Non	25	27,8%
Demande en cours	2	2,2%
Total	90	100,0%

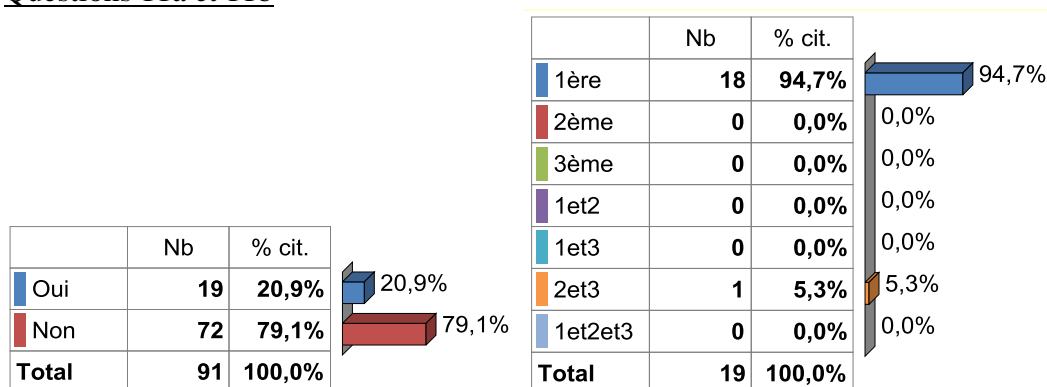
Proportion des ESI de D1 ayant bénéficié ou non d'une subvention ou bourse

Question 10a

	Nb	% cit.
Oui	50	55,6%
Non	40	44,4%
Total	90	100,0%

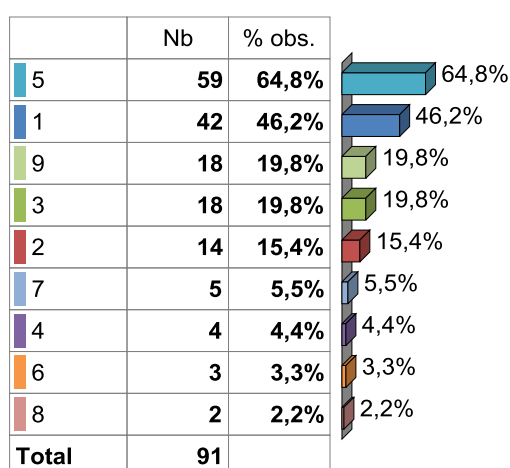
Proportion des ESI de D1 ayant suivi ou non une préparation au concours

Questions 11a et 11b



Proportion des ESI de D1 ayant travaillé pendant la formation (Tab.de gauche) et selon la période concernée (Tab.de droite)

Question 12



Répartition des ESI de D1 selon les motivations à choisir le métier

Autre motivation

- 343 : Envie de réorientation professionnelle
- 351 : Facilité de trouver un emploi, travail dans le social
- 355 : je veux travailler avec des enfants: devenir puéricultrice
- 360 : j'aime le relationnel, envie de venir en aide aux autres
- 362 : beau métier, il y a du travail, métier d'avenir
- 369 : Métier magnifique qui apporte beaucoup malgré les inconvénients
- 373 : Envie d'exercer ce métier
- 375 : Moins difficile que médecine, plus de contacts avec les patients
- 383 : Formation professionnelle
- 388 : Évolution professionnelle
- 390 : Pas de chômage et on peut travailler partout
- 391 : pour devenir puéricultrice
- 392 : études centrées sur le médical
- 393 : désir d'évoluer
- 395 : métier diversifié avec possibilités d'évolution de carrières
- 399 : ai recherché un métier humain avec des contacts plus approfondis, plus intenses
- 400 : évolution professionnelle: AS depuis 11 ans
- 411 : désir depuis mon plus jeune âge

Question 13a

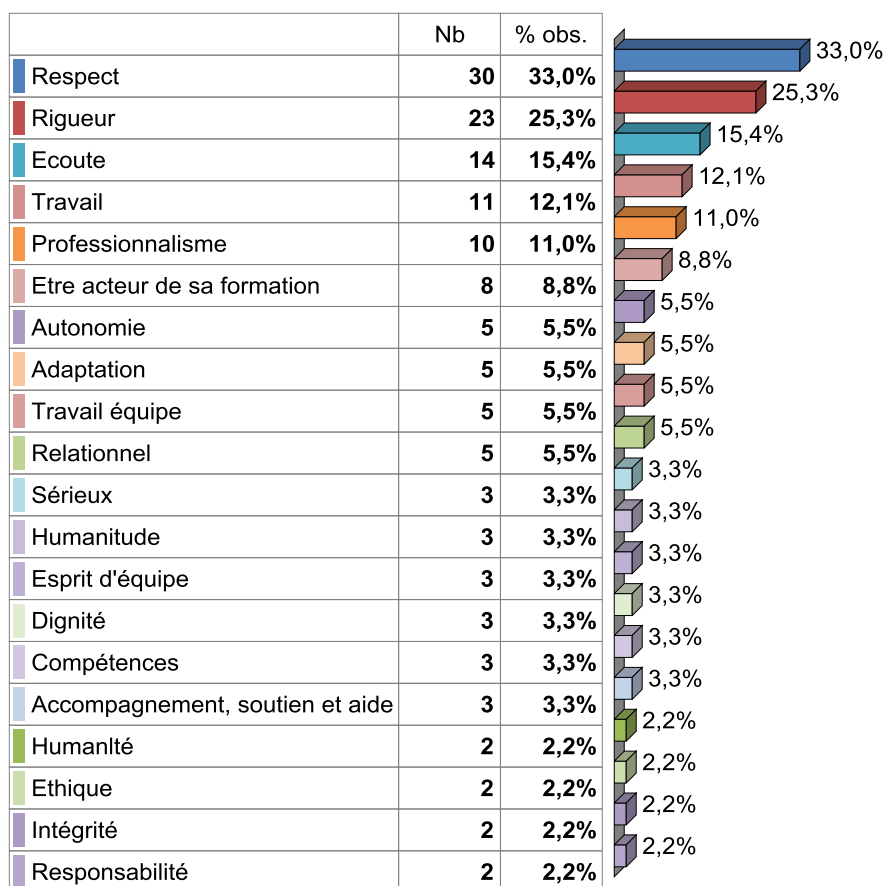
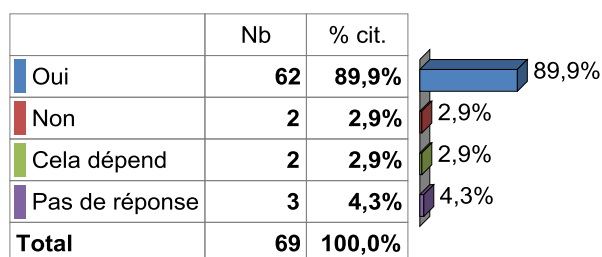


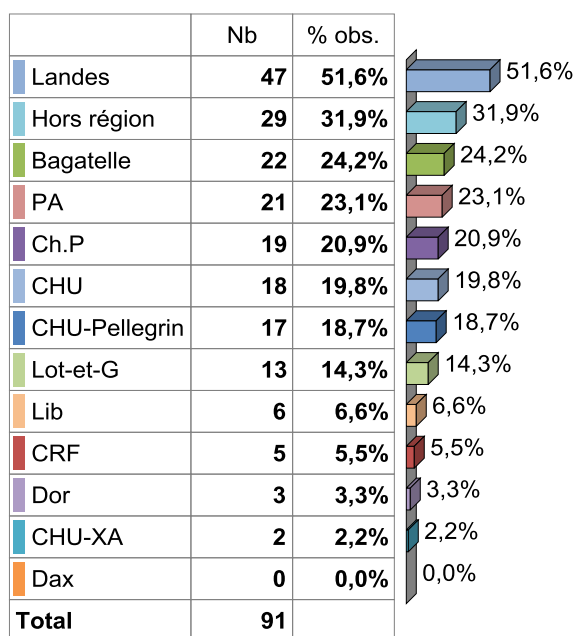
Tableau des 20 premières valeurs classées par ordre décroissant par les ESI de D1

Question 13b



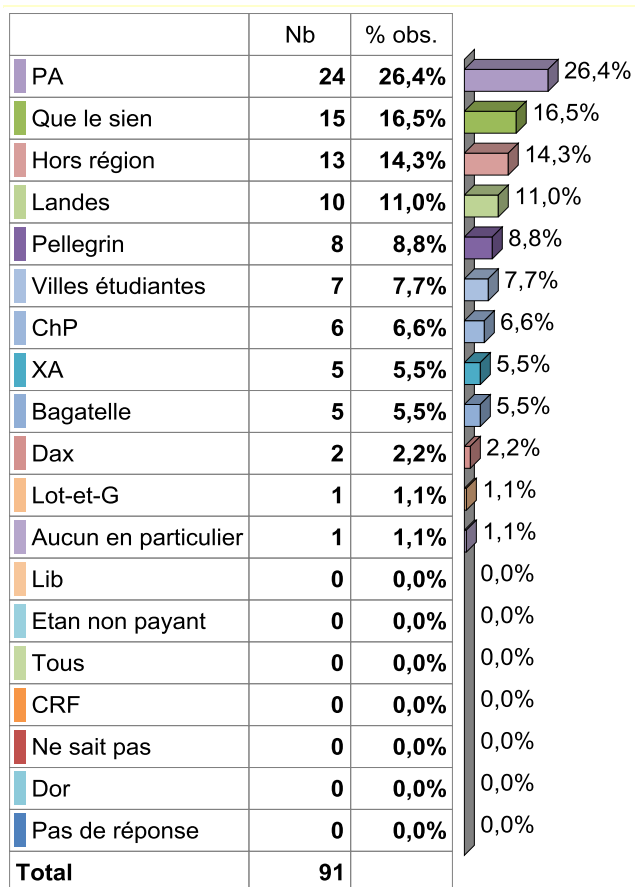
Répartition des ESI de D1 selon leur degré d'accord avec les valeurs perçues

Question 14b



Répartition des ESI de CRF1 selon les IFSI présentés

Question 15a



Répartition des ESI de D1 selon leurs autres choix d'IFSI

Raisons choix d'autres IFSI pour la formation

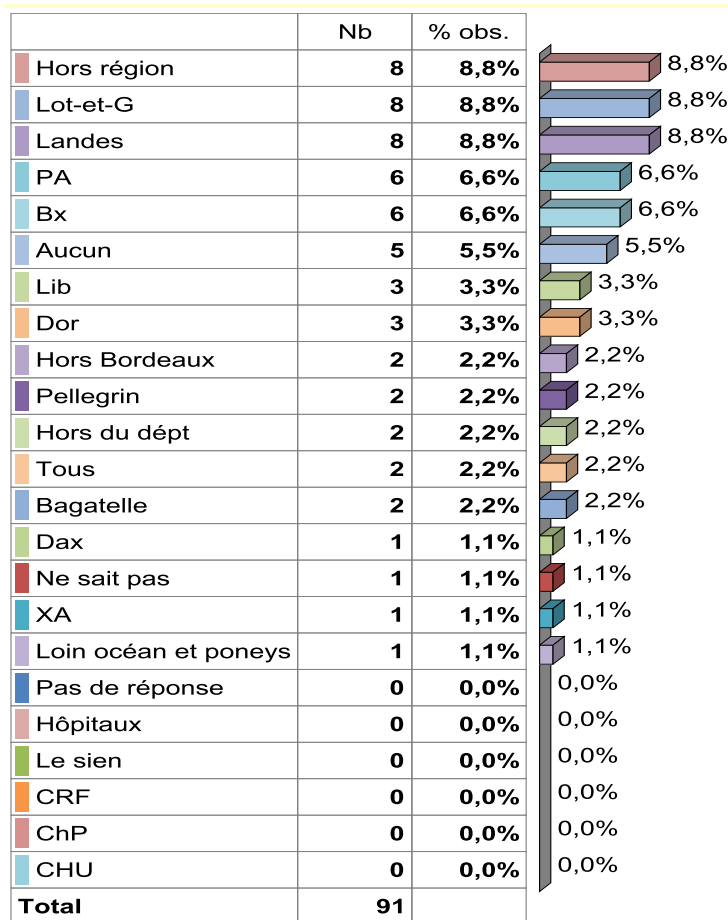
- 344 : Premier choix, proche de chez moi
- 345 : Bayonne: ville agréable; XA: rapprochement de la famille
- 346 : Tarbes ou Pau plus proche de chez mes parents
- 347 : Bordeaux et Toulouse car villes étudiantes sympathiques; les lieux de stages sont variés
- 348 : Toulouse car j'aime la ville
- 349 : Auch: ville où j'ai effectué toute ma scolarité, proche de la résidence familiale
- 350 : Proche domicile
- 351 : Bayonne: proche domicile
- 352 : Dax: bonne réputation, bonne formation, proche: pas de frais supplémentaire; Bayonne et Mont de Marsan auraient aussi convenu
- 353 : Ecole réputée; entourage habitant à côté: facilité pour trouver logement
- 354 : Dijon ou Semur en Auxois: région natale; Rouen: j'aime la ville
- 355 : Dax pour des raisons financières
- 357 : Plus proche de mon domicile
- 358 : Bayonne: proche logement familial
- 359 : Bayonne: proche du logement familial
- 360 : Pau: proche de mon domicile; Bayonne: ville agréable, rentrée en février, grand hôp: plus de stages, de soins
- 361 : MdM: c'est là que j'habite (question finances); Pell: pour la ville, son attraction et sa diversité
- 362 : pour la ville et pour suivre mon copain
- 363 : Proche de chez moi
- 364 : Je voulais l'IFSI de Dax
- 366 : MdM: meilleur encadrement et suivi des ESI; par la direction si difficultés
- 368 : Bayonne: plus près du domicile familial
- 369 : Bx: grande ville, pour le changement
- 370 : Toulouse, Béziers, Narbonne: j'aurais aimé être plus proche de ma famille, mes amis, mon compagnon
- 371 : Bayonne: domicile familial, aurait évité charges financières (location, déplacements)
- 373 : MdM: j'habite à 20 km de l'IFSI; Dax à 80 km: la route est pesante
- 374 : MdM: j'y habite et n'aurai pas eu à faire la route tous les jours
- 375 : Bx: pour le cadre de vie; Toulouse: près de chez moi; armée: pour la particularité de la formation (2 métiers à la fois)
- 378 : MdM: plus proche de ma famille, mes amis; pour des raisons financières
- 379 : Bx pour la qualité de vie
- 380 : Mes parents habitant Arcachon, plus proche pour moi
- 382 : Bayonne: pour être proche de mes parents
- 383 : Bayonne: proche de chez moi, AS à Bayonne j'aurais pu découvrir d'autres services
- 384 : Bayonne: plus proche de chez moi
- 385 : Ai réussi les 3 concours et j'ai hésité: CRF Metz était en lien avec ma motivation: humanitaire ou travailler à l'autre bout du monde
- 387 : Bayonne: pour être plus de chez moi
- 388 : MdM: mais Dax est plus proche de mon domicile
- 389 : Carcassonne ou Pamiers: plus proche de chez moi
- 390 : Toulouse et Bx: grandes villes, stages plus nombreux et de meilleure qualité
- 391 : dépendante du CH (PPH)
- 392 : Pau: car proche de mon domicile
- 394 : car j'habite Bx
- 398 : Bayonne: proche du domicile; stage idem

- 399 : a la réputation d'être très sérieux
- 400 : Bayonne: proche de mon domicile; plus de diversité ds les stages
- 402 : venant de Bx j'avais mes repères et les 2 ont bonne réputation
- 403 : Bx ou Toulouse: plus grandes que Dax
- 404 : MdM: je suis de là-bas
- 405 : je voulais Dax
- 406 : hop universitaire, diversité des services
- 407 : Bayonne: pour le cadre de vie
- 408 : Toulouse ou La Rochelle: proche de ma famille
- 409 : Bx car j'aime la ville et ts mes amis st là-bas
- 410 : Bayonne: proche de chez moi
- 412 : MdM: proche de chez moi
- 413 : Agen et Bx: j'y ai de la famille
- 414 : souhait de Dax
- 415 : c'était mon souhait
- 416 : Bx: j'aime bcp cette ville
- 417 : Rennes car je viens de là-bas
- 418 : Bayonne: proche de chez moi
- 419 : Castres car plus proche de chez moi
- 421 : Bonne réputation
- 422 : Bayonne: plus proche de chez moi
- 423 : Bayonne pour me rapprocher du père de mon enfant
- 424 : Bayonne: c'est ma ville
- 425 : Bayonne plus proche de chez moi
- 426 : Bayonne: c'est ma ville
- 428 : plus proche de mon domicile

Question 16

- 343 : Loin de ma famille et dépenses financières plus importantes (trajets)
- 344 : Bayonne trop proche de chez mes parents. Je n'aurais pas pu avoir un studio seule, je souhaitais être indépendante
- 345 : Limoges: trop loin et manque d'activités
- 346 : Villeneuve sur lot: trop loin et trop de frais
- 347 : Ville éloignée, dépenses supplémentaires
- 348 : Trop loin de chez moi
- 349 : Albi: trop loin de chez moi, aucune connaissance; Pell: trop grande ville
- 352 : Même loin si cela avait été le seul moyen de faire cette formation
- 356 : loin de ma famille
- 361 : pour la distance et la non attractivité des villes
- 362 : MdM: y ai déjà fait 4 ans d'études
- 364 : Bayonne: je n'en ai pas de bons échos
- 366 : Je ne connais les autres IFSI
- 369 : L'école ne m'inspirait pas
- 371 : je n'aime pas être éloignée de mes proches; pour des raisons financières
- 372 : trop loin de chez moi
- 373 : Promos trop importantes, climat pas bon pour travailler
- 374 : Hors Aquitaine et dans une grande ville
- 376 : Bordeaux car loin de chez moi
- 379 : Vill/Lot, Orthez, MdM: pour des raisons pratiques

382 : Je n'aime pas la ville
 390 : Montauban: à cause de la ville
 392 : Périgueux et Auch: trop loin
 393 : car je connais déjà les lieux de stage
 397 : MdM: a mauvaise réputation
 398 : MdM: trop loin
 402 : MdM: trop loin de ma famille et de la côte atlantique
 404 : Je n'aime pas la ville
 405 : trop grandes villes
 407 : Marmande: pour le cadre de vie
 408 : le principal est d'avoir le concours
 409 : Pas MdM
 410 : trop loin, trop grandes villes
 411 : Agen: pas d'activités autour
 414 : Paris
 416 : je préfère les grandes villes
 418 : trop grande ville
 419 : Aurillac: trop loin
 421 : Loin de chez moi
 422 : en raison de l'éloignement
 424 : Pau, Bordeaux: trop grandes villes; Orthez: trop campagne
 425 : trop loin pour gérer les enfants
 426 : trop loin
 427 : DAX!



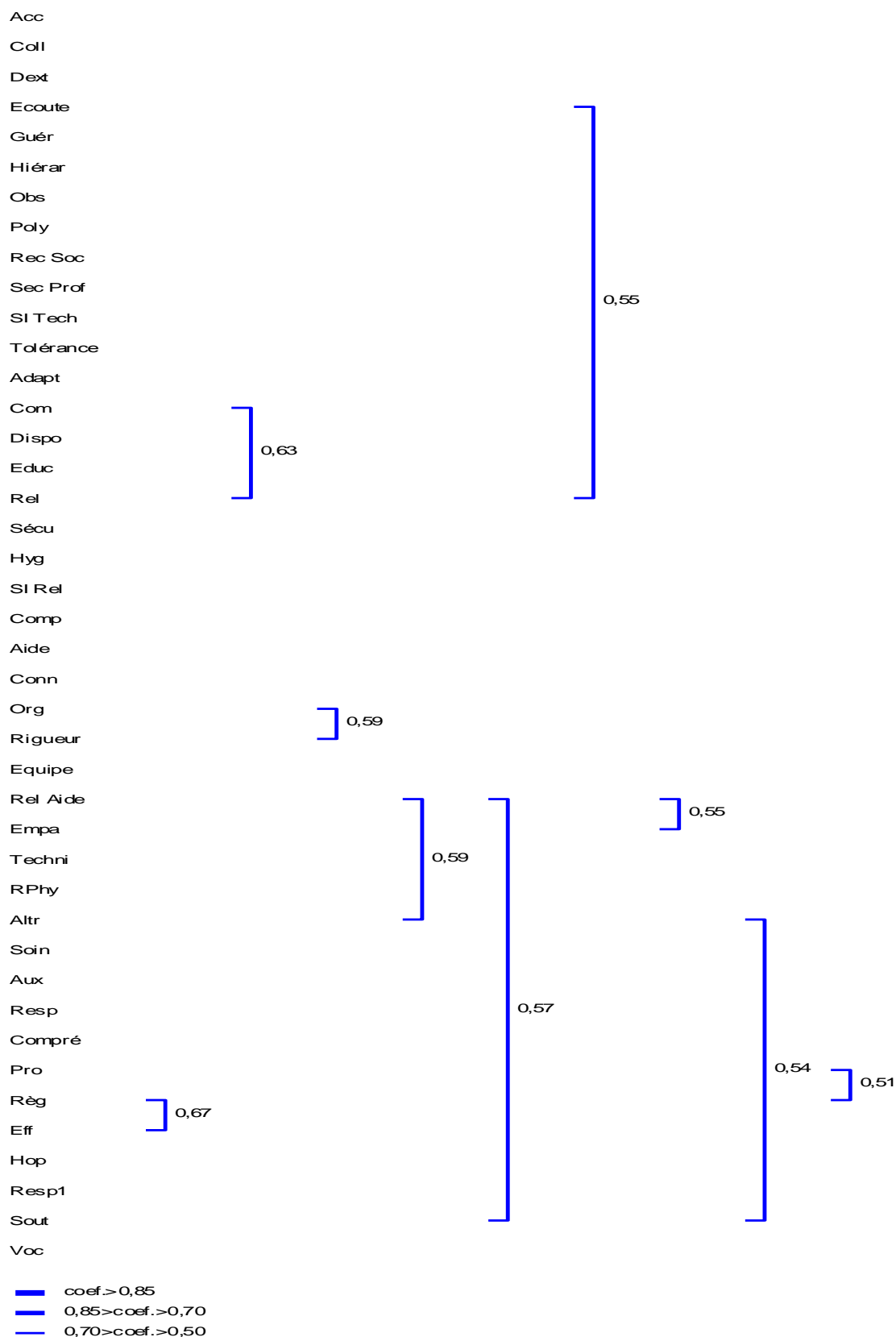
Répartition des ESI de D1 selon leurs refus d'IFSI

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagnement	1,1%	0,0%	5,5%	31,9%	61,5%	100%
Collaboration	1,1%	1,1%	2,2%	26,4%	69,2%	100%
Dextérité	0,0%	1,1%	4,4%	28,6%	65,9%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	1,1%	14,3%	84,6%	100%
Guérison	3,3%	11,0%	41,8%	26,4%	17,6%	100%
Hiérarchie	6,6%	9,9%	38,5%	37,4%	7,7%	100%
Observation	0,0%	0,0%	3,3%	28,6%	68,1%	100%
Polyvalence	0,0%	2,2%	11,0%	34,1%	52,8%	100%
Rec-Sociale	8,8%	19,8%	39,6%	18,7%	13,2%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	1,1%	2,2%	11,0%	85,7%	100%
Soin Technique	0,0%	0,0%	7,7%	38,5%	53,9%	100%
Tolérance	0,0%	0,0%	13,2%	31,9%	55,0%	100%
Adaptation	0,0%	0,0%	11,0%	26,4%	62,6%	100%
Communication	0,0%	0,0%	1,1%	25,3%	73,6%	100%
Disponibilité	0,0%	2,2%	15,4%	27,5%	55,0%	100%
Education	0,0%	3,3%	19,8%	46,2%	30,8%	100%
Relation	0,0%	0,0%	5,5%	19,8%	74,7%	100%
Séc-Emploi	3,3%	3,3%	28,6%	38,5%	26,4%	100%
Hygiène	0,0%	0,0%	1,1%	11,0%	87,9%	100%
Soin Relationnel	0,0%	0,0%	2,2%	20,9%	76,9%	100%
Compétence	0,0%	0,0%	17,6%	31,9%	50,6%	100%
Aide	0,0%	2,2%	15,4%	41,8%	40,7%	100%
Connaissances	0,0%	1,1%	3,3%	38,5%	57,1%	100%
Organisation	0,0%	0,0%	2,2%	28,6%	69,2%	100%
Rigueur	0,0%	0,0%	2,2%	20,9%	76,9%	100%
Equipe	0,0%	0,0%	4,4%	30,8%	64,8%	100%
Relation Aide	0,0%	0,0%	9,9%	39,6%	50,6%	100%
Empathie	1,1%	3,3%	13,2%	39,6%	42,9%	100%
Technicité	0,0%	2,2%	14,3%	49,5%	34,1%	100%
Rés-Physique	1,1%	5,5%	17,6%	44,0%	31,9%	100%
Altruisme	0,0%	1,1%	13,2%	40,7%	45,1%	100%
Soin	0,0%	0,0%	4,4%	23,1%	72,5%	100%
Aux-Médical	5,5%	14,3%	41,8%	26,4%	12,1%	100%
Respect	0,0%	0,0%	1,1%	23,1%	75,8%	100%
Compréhension	0,0%	0,0%	13,2%	38,5%	48,4%	100%
Professionnel	0,0%	0,0%	9,9%	36,3%	53,9%	100%
Règles	0,0%	1,1%	16,5%	34,1%	48,4%	100%
Efficacité	0,0%	2,2%	17,6%	36,3%	44,0%	100%
Hôpital	3,3%	12,1%	34,1%	22,0%	28,6%	100%
Responsabilité	0,0%	0,0%	1,1%	14,3%	84,6%	100%
Soutien	0,0%	3,3%	16,5%	30,8%	49,5%	100%
Vocation	7,7%	15,4%	24,2%	29,7%	23,1%	100%
Ensemble	1,0%	2,8%	13,1%	30,1%	53,0%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de D1

Question 17



Graphe de corrélation des RSP des ESI de D1

Question 18

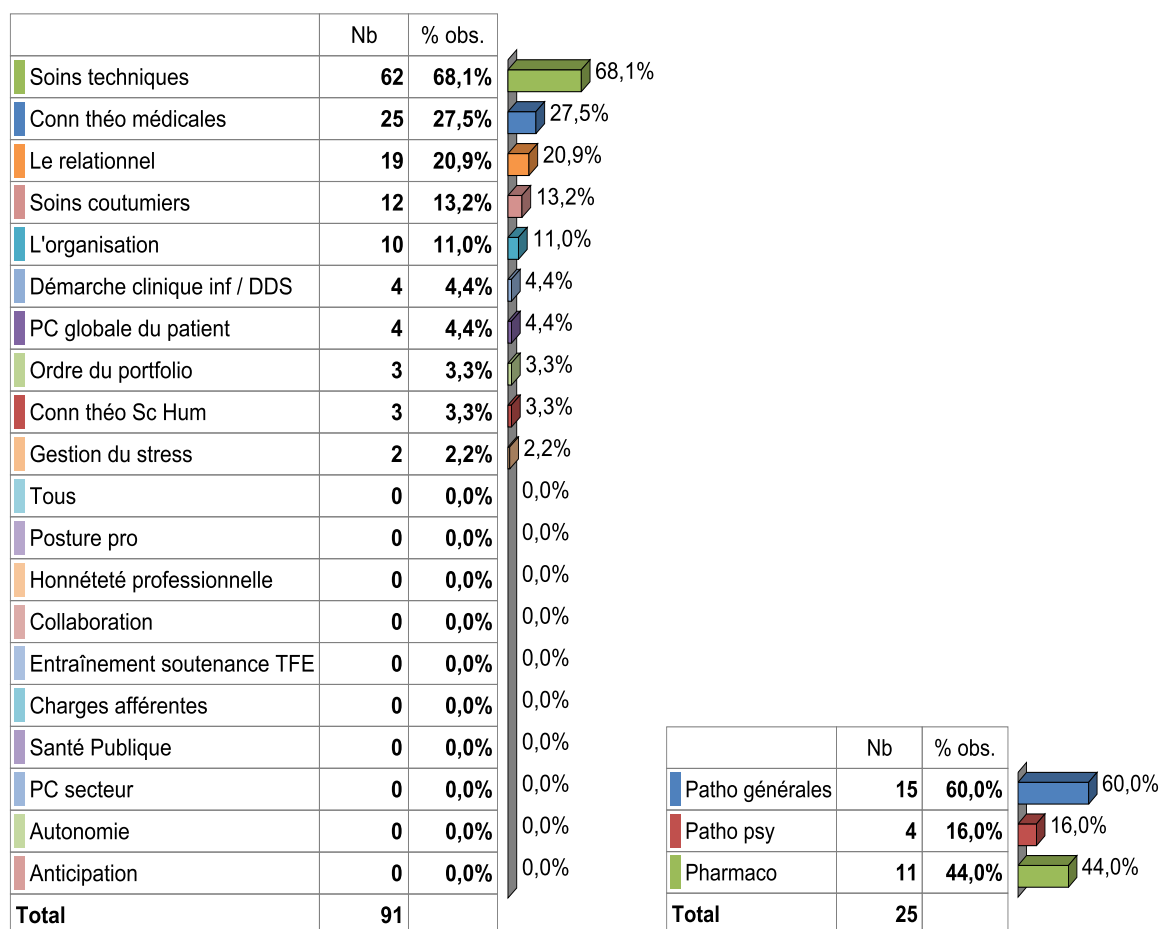
	Non, pas du tout	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Oui, tout à fait	NSP	TOTAL
Compét relationnelles	0,0%	0,0%	4,4%	52,8%	41,8%	1,1%	100%
Compét organisationnelles	0,0%	0,0%	12,1%	63,7%	23,1%	1,1%	100%
Compét techniques	0,0%	1,1%	13,2%	59,3%	23,1%	3,3%	100%
Ensemble	0,0%	0,4%	9,9%	58,6%	29,3%	1,8%	100%

Tableau des jugements sur le progrès dans l'acquisition des compétences par les étudiants de D1

Question 20

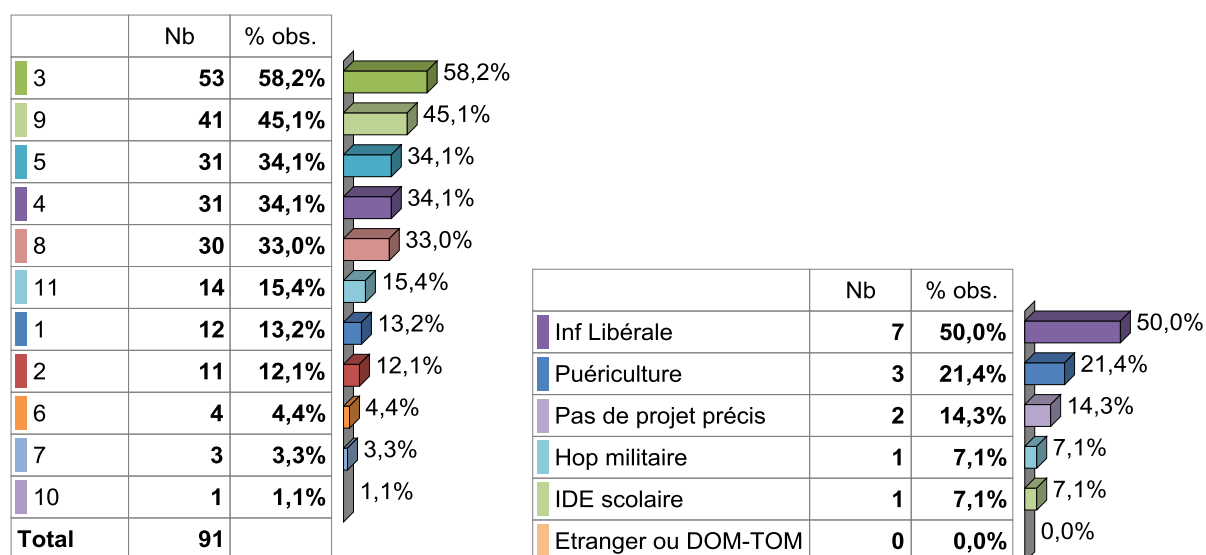
- 345 : Bonne réputation de l'IFSI de Dax
- 346 : Bonne réputation du fait des bons résultats au DE
- 347 : Bonne réputation du fait des résultats
- 348 : Bonne réputation de l'école
- 349 : Bonne réputation
- 350 : Bonne notoriété
- 351 : Ne connais pas l'histoire de l'IFSI
- 352 : Site de l'hôpital thermal; ville thermale importante
- 354 : Aucun
- 361 : la nouvelle réforme infirmière
- 362 : bonne réputation ; changement de programme d'études
- 363 : Le nouveau programme de formation
- 364 : Les bons résultats au DE
- 365 : Bons résultats du DE: encourageant
- 369 : Nouvelle réforme
- 371 : Rien
- 373 : La rigueur ici est un bon apprentissage du métier; le travail permanent
- 374 : Ici, la rigueur prime
- 377 : Rien
- 382 : Réforme de 2009
- 384 : Rien
- 388 : Je ne la connais pas
- 389 : Je ne la connais pas
- 398 : sur les lieux de stage, je me suis rendue compte que Dax a bonne réputation, au contraire de Bayonne
- 401 : X
- 404 : x
- 407 : difficultés à cause de la réforme
- 416 : je ne la connais pas
- 427 : pas de soutien des formateurs; problème de notation (pts oubliés)

Question 21



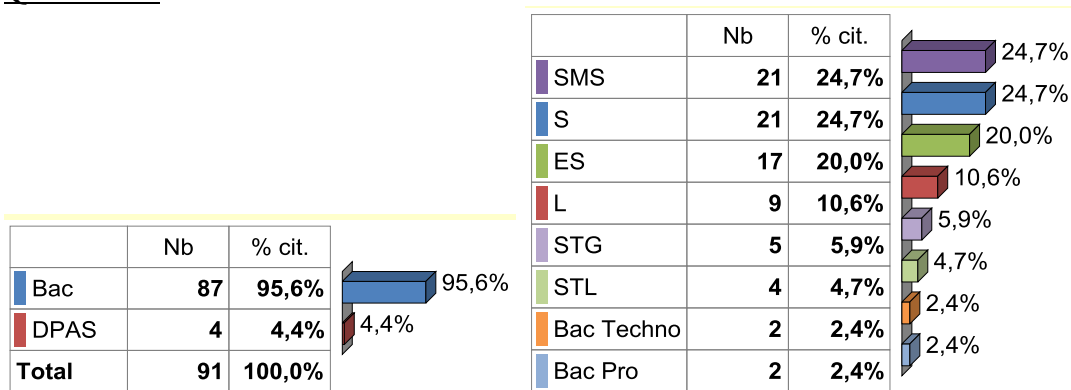
Répartition des ESI de D1 selon leurs souhaits d'approfondissement de certains apprentissages

Question 22

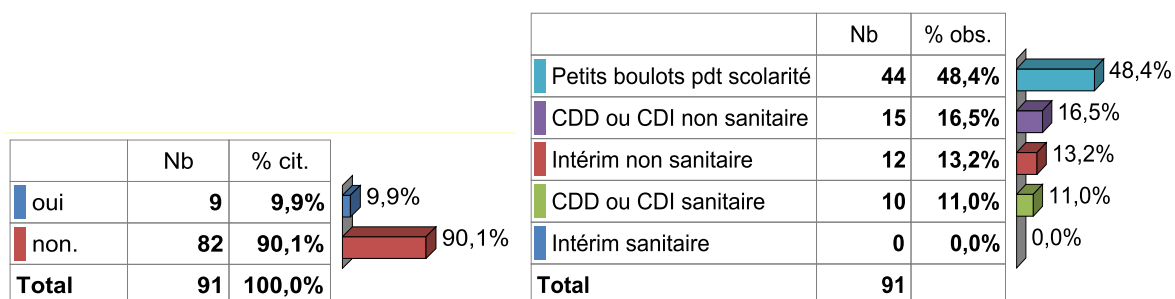


Répartition des ESI de D1 selon leurs choix de projet professionnel

Question 23



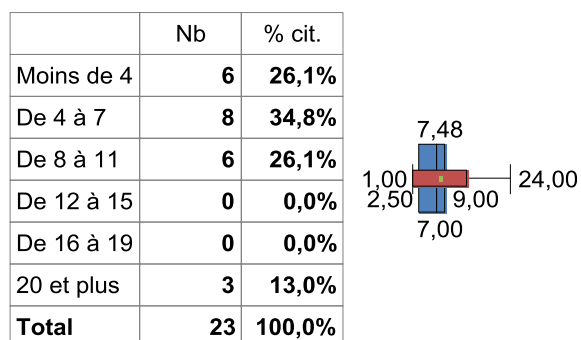
Répartition des ESI de D1 selon le diplôme d'inscription à l'IFSI (Tab.de gauche) et selon la série du baccalauréat (Tab. de droite)



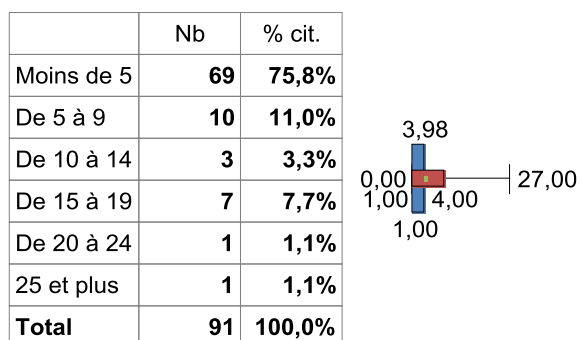
Répartition des ESI de D1 selon l'inscription en PCEM (Tab.de gauche) et selon le type de travail avant ou pendant la formation (Tab. de droite)

Question 24

Moyenne = 7,48 Ecart-type = 6,47



Moyenne = 3,98 Ecart-type = 5,71

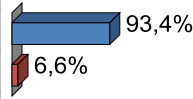


Répartition des ESI de D1 selon la durée de travail avant réorientation (Tab. de gauche) et selon la durée de scolarité avant réorientation (Tab. de droite)

Strate : Dax 3^{ème} année

Questions 1 à 8

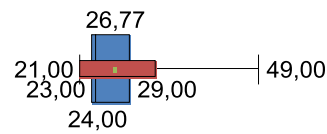
	Nb	% cit.
Féminin	57	93,4%
Masculin	4	6,6%
Total	61	100,0%



Répartition des ESI de D3 selon le sexe

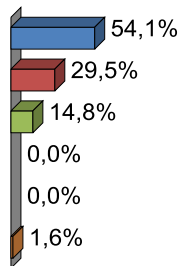
Moyenne = **26,77** Ecart-type = **6,52**

	Nb	% cit.
Moins de 25	37	60,7%
De 25 à 29	9	14,8%
De 30 à 34	6	9,8%
De 35 à 39	5	8,2%
De 40 à 44	2	3,3%
45 et plus	2	3,3%
Total	61	100,0%

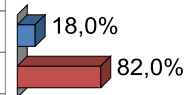


Répartition des ESI de D3 selon leur classe d'âge

	Nb	% cit.
Célibataire	33	54,1%
Vivant en couple	18	29,5%
Marié	9	14,8%
Veuf	0	0,0%
Divorcé	0	0,0%
Divorcé_	1	1,6%
Total	61	100,0%



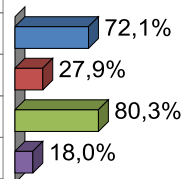
	Nb	% cit.
Oui	11	18,0%
Non	50	82,0%
Total	61	100,0%



Répartition des ESI de D3 selon leur situation familiale

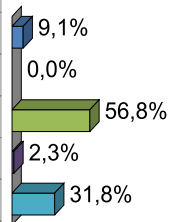
Proportion des ESI de D3 ayant ou non des enfants

	Nb	% obs.
Aquitaine	44	72,1%
Hors Aquitaine	17	27,9%
Zone urbaine	49	80,3%
Zone rurale	11	18,0%
Total	61	



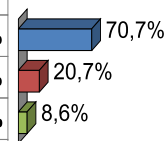
Répartition des ESI de D3 selon leur origine géographique

	Nb	% cit.
Gironde	4	9,1%
Dordogne	0	0,0%
Landes	25	56,8%
Lot-et-Garonne	1	2,3%
Pyrénées-Atlantiques	14	31,8%
Total	44	100,0%



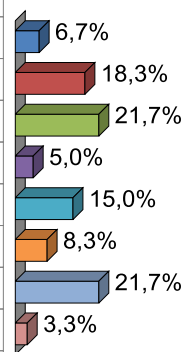
Répartition des ESI de D3 selon leur département d'origine

	Nb	% cit.
Oui	41	70,7%
Non	12	20,7%
Ne sait pas	5	8,6%
Total	58	100,0%

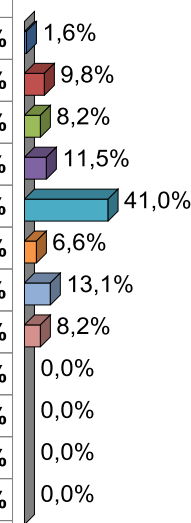


Répartition des ESI de D3 selon leur souhait de retour

	Nb	% cit.
1	4	6,7%
2	11	18,3%
3	13	21,7%
4	3	5,0%
5	9	15,0%
6	5	8,3%
7	13	21,7%
Décédé	2	3,3%
Total	60	100,0%



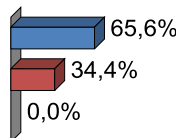
	Nb	% cit.
1	1	1,6%
2	6	9,8%
3	5	8,2%
4	7	11,5%
5	25	41,0%
6	4	6,6%
7	8	13,1%
Mère au foyer	5	8,2%
Chômage	0	0,0%
ESI à FN	0	0,0%
Décédée	0	0,0%
SP Handicapée	0	0,0%
Total	61	100,0%



Répartition des ESI de D3 selon la PCS du père (Tab.de gauche) et selon celle de la mère (Tab.de droite)

Question 9

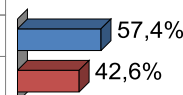
	Nb	% cit.
Oui	40	65,6%
Non	21	34,4%
Demande en cours	0	0,0%
Total	61	100,0%



Proportion des ESI de D3 ayant bénéficié ou non d'une subvention ou bourse

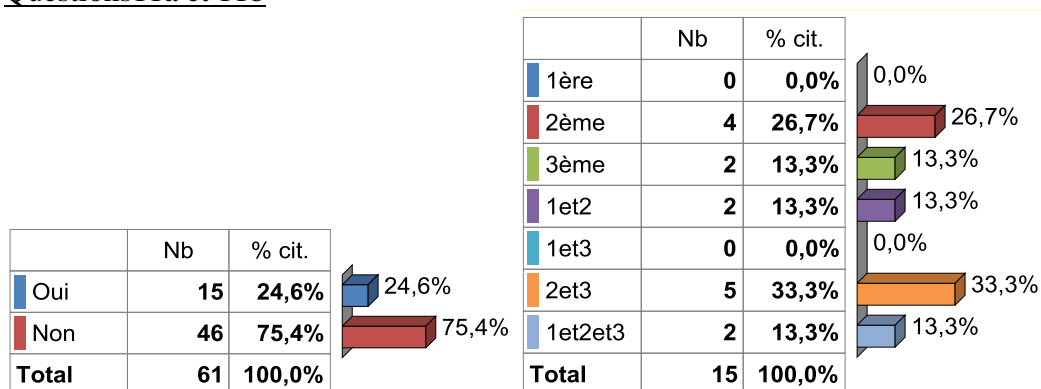
Question 10a

	Nb	% cit.
Oui	35	57,4%
Non	26	42,6%
Total	61	100,0%



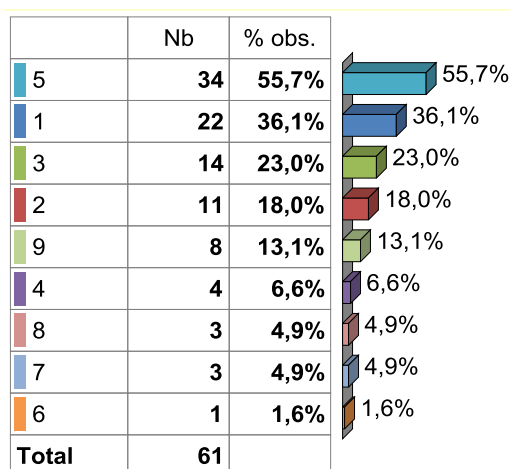
Proportion des ESI de D3 ayant suivi ou non une préparation au concours

Questions 11a et 11b



Proportion des ESI de D3 ayant travaillé pendant la formation (Tab.de gauche) et selon la période concernée (Tab.de droite)

Question 12



Répartition des ESI de D3 selon les motivations à choisir le métier

Autre motivation

436 : c'est une vocation

446 : métier varié avec possibilité d'évolution

451 : faire métier pour le lien entre relationnel et soins. ai eu l'occasion de faire des stages hospitaliers

452 : envie d'être utile, bénéfique à autrui

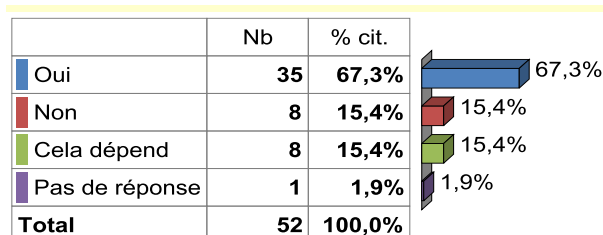
463 : actif en lien avec les personnes

486 : étant AS, j'ai voulu approfondir les connaissances

487 : envie d'être utile et de servir à qq chose

492 : AS à la base

Question 13b



Répartition des ESI de D3 selon leur degré d'accord avec les valeurs perçues

Question 13a

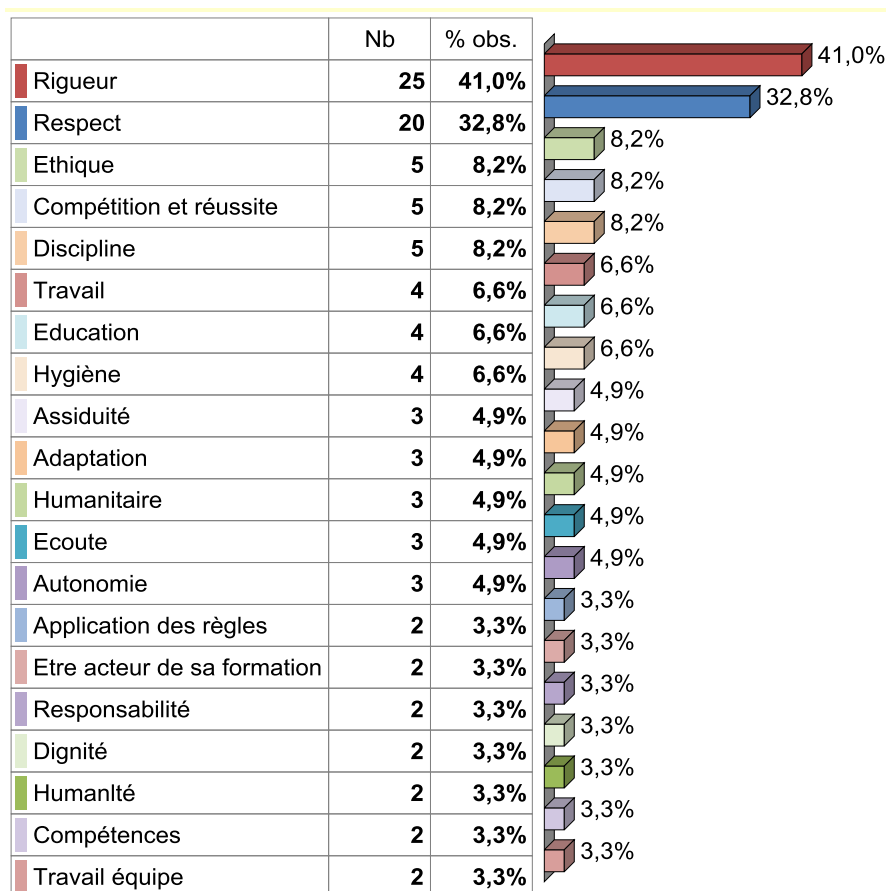
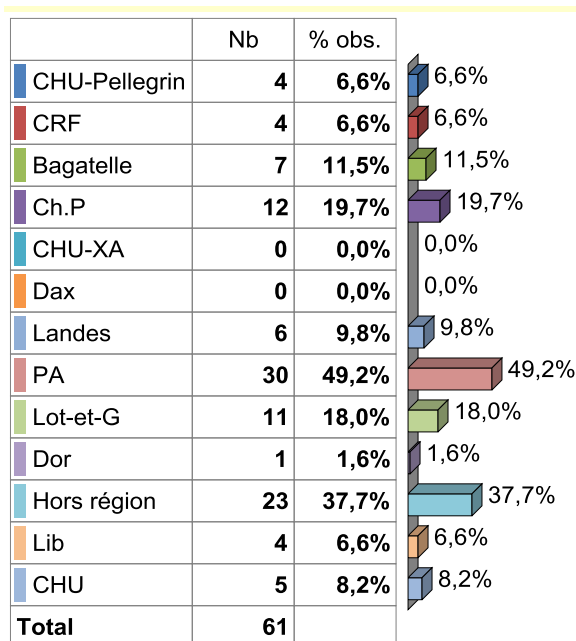


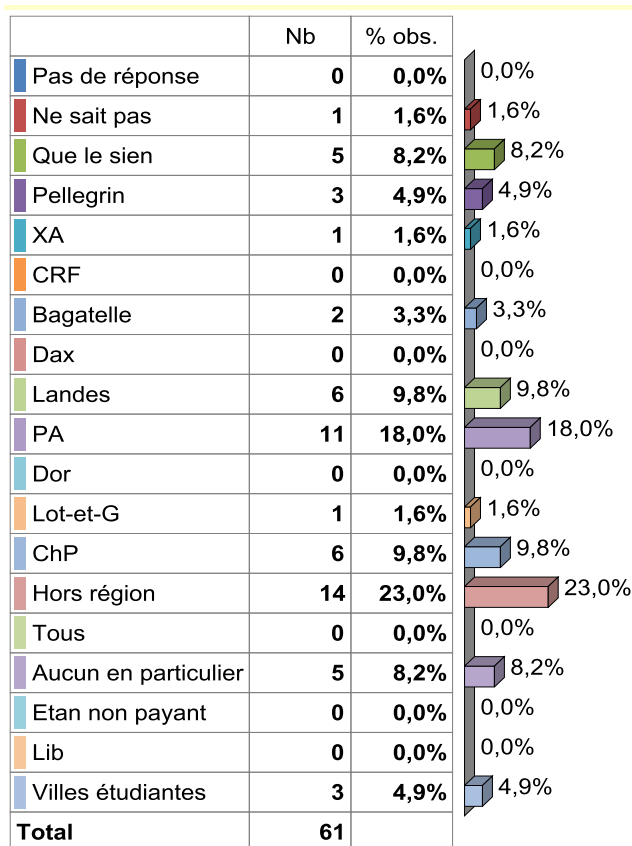
Tableau des 20 premières valeurs classées par ordre décroissant par les ESI de D3

Question 14b



Répartition des ESI de D3 selon les IFI présentés

Question 15a



Répartition des ESI de D3 selon leurs autres choix d'IFSI

Question 15a – Raisons choix d'autres IFSI pour la formation

430 : CRF Nîmes

431 : MdM: proche domicile; Bx: grande ville, stages diversifiés

432 : Auch: près e chez moi

433 : à côté de chez moi

434 : Pau; lieu de résidence

436 : Bx grande ville et stages nombreux

437 : MdM et Tarbes: accompagner les ESI, les former

439 : Bayonne et Ch P: plus grandes que Dax, plus de stages

441 : Bx est une ville attractive

442 : Bx est une ville plus vivante

443 : Bayonne car proche de mon domicile (trajets fatiguants)

444 : Auch: proche de ma famille et facile financièrement

445 : Bayonne: proche domicile et plus facile pour les enfants

448 : pour me rapprocher de ma famille

449 : Dax me convient, je peux rentrer ts les WE

450 : Strasbourg: j'y ai de la famille

451 : Toulouse: famille et amis; ville plus vivante que Dax

452 : Auch: je voulais m'éloigner de chez moi ds un lieu calme, une petite ville

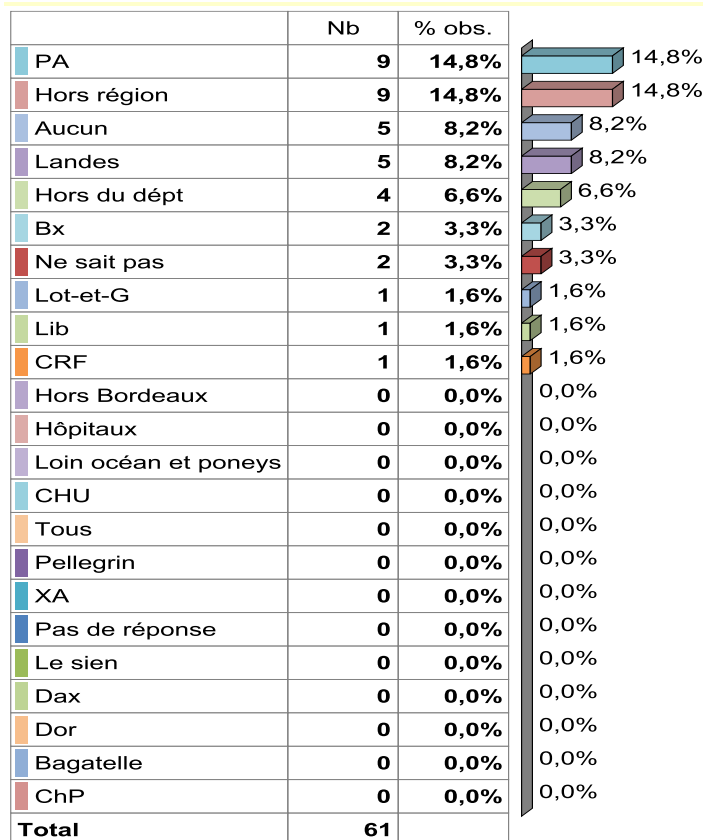
453 : Toulouse et Tarbes: près de mon domicile: façon d'enseigner différente, pas de stage à plus d'une heure, donc moins d'expulsion, de découragement

454 : concours le plus proche de mon domicile

456 : BX: stages plus nombreux, techniques, meilleurs apprentissages

- 457 : Tarbes: ville où je vis, pas de location et mieux connaître l'hôpital où je vais travailler
 459 : j'habite ici
 460 : Perpignan: proche de mon domicile
 461 : plus près de chez moi
 463 : Bayonne: proche de chez moi
 464 : Auch: chez moi, pas de frais de logement
 465 : Bayonne: proche
 466 : Bayonne: proche de chez moi
 467 : Mdm proche de chez moi, pas de frais de logement
 468 : Toulouse, Tarbes: pour être près de chez moi
 471 : CHU Bx et Toulouse: grandes villes, grands hôp et bcp de services
 472 : le plus près
 473 : Bayonne: proche de mon domicile
 475 : proche de mon domicile
 477 : plus près de de chez moi, plus facile pour trouver un logement
 479 : Mdm: proche de chez moi, pas besoin de prendre un appart
 481 : Agen: proche de ma famille
 483 : Bx ou Toulouse: stages de qualité ds des services lourds
 484 : Bayonne: la plage à côté
 487 : Mdm: proche de chez moi; Rennes: grande ville, plus de stages intéressants
 488 : Bayonne: plus proche de chez moi
 489 : Bayonne: plus près de chez moi
 492 : stages plus formateurs
 493 : Mdm: proche de chez moi

Question 16



Répartition des ESI de D3 selon leurs refus d'IFSI

Raisons non choix

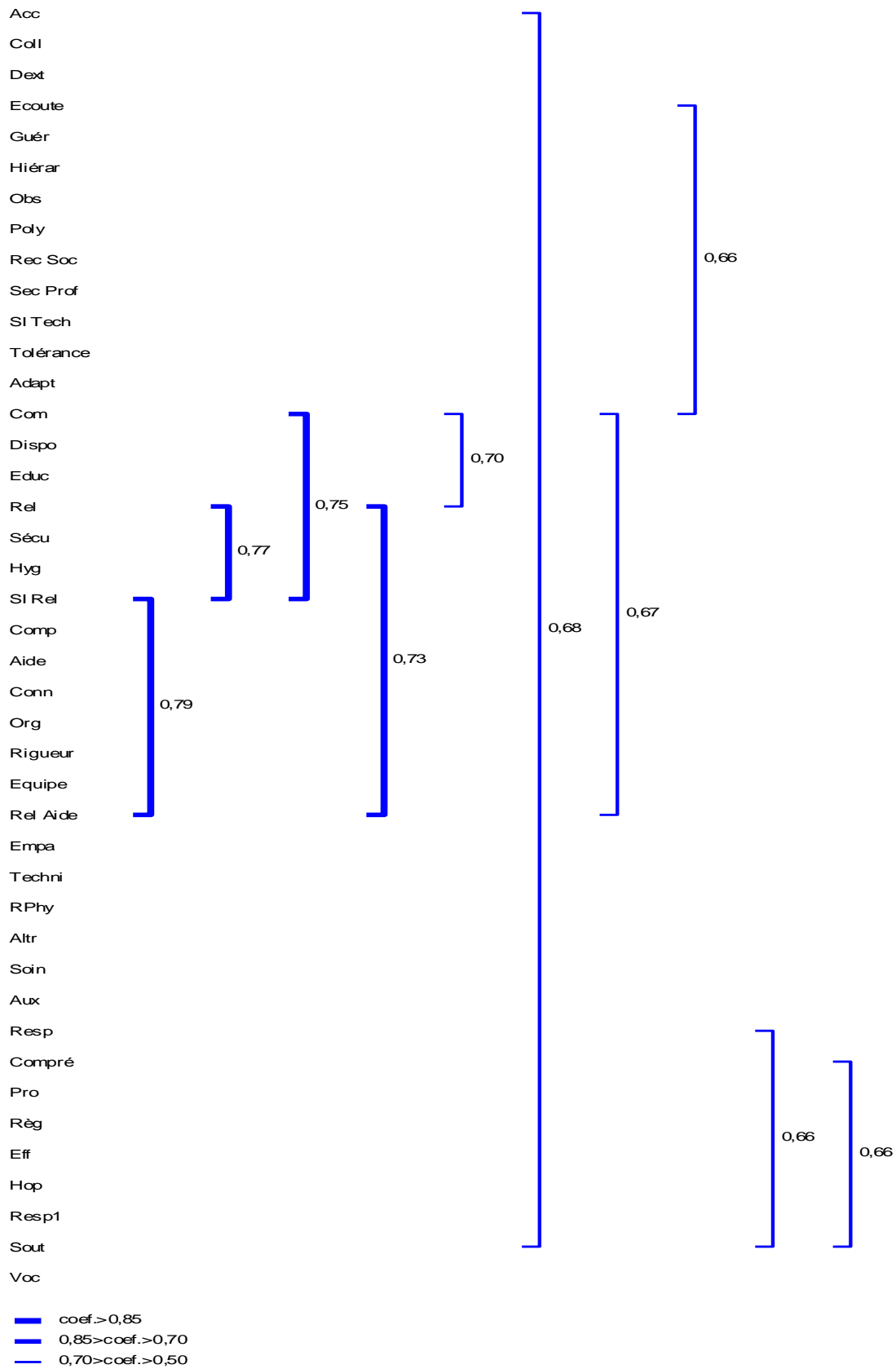
- 430 : Bayonne, Orthez, MdM: réputation médiocre
- 431 : Orthez: trop petite ville
- 432 : MdM: j'y ai fait toute ma scolarité: je voulais changer de lieu et rencontrer d'autres personnes
- 433 : Bordeaux car école payante
- 434 : Paris: trop grande ville
- 436 : MdM et Orthez: mauvaise réputation
- 439 : Orthez: petite ville, petite école
- 443 : hors PA et Landes: impossibilité de prendre un logement
- 444 : Bayonne: je n'aime pas la ville; Toulouse: ville trop grande
- 445 : qui implique un éloignement géo à la semaine
- 450 : Paris: ville trop stressante
- 452 : Toulouse: j'aurai été obligée de vivre chez ma mère et n'aurai pas été indépendante
- 453 : villes très éloignées qui me coupent de ma famille
- 455 : tous ceux qui sont loin de mon domicile afin de concilier ma vie de famille et études
- 462 : loin de chez moi
- 466 : Orthez trop loin
- 468 : MdM
- 470 : Angoulême: trop loin
- 471 : Bayonne et MdM: trop loin et en même tps trop près du domicile familial
- 472 : Tulle: trop loin et pas de famille
- 476 : Tulle et Limoges: trop loin de chez nous
- 477 : Lib et Marmande: villes petites, peu attractives
- 478 : Les autres départements: difficile avec les enfants; Orthez: mauvaise réputation; MdM: moins bonne que Dax
- 480 : Bordeaux et Toulouse: grandes promo, PC des ESI différente, mieux suivis ds les petites villes
- 484 : Bordeaux, Paris ... les grandes villes
- 486 : je ne me suis jamais posé la question
- 488 : Orthez: trop loin de chez moi
- 492 : je ne les connais pas
- 493 : je ne les connais pas
- 494 : Orthez: mauvaise réputation, incompétence

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagn.	0,0%	0,0%	6,6%	31,2%	62,3%	100%
Collaboration	0,0%	1,6%	3,3%	45,9%	49,2%	100%
Dextérité	0,0%	0,0%	14,8%	36,1%	49,2%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	4,9%	13,1%	82,0%	100%
Guérison	1,6%	14,8%	45,9%	36,1%	1,6%	100%
Hiérarchie	4,9%	23,0%	36,1%	24,6%	11,5%	100%
Observation	0,0%	0,0%	0,0%	41,0%	59,0%	100%
Polyvalence	1,6%	4,9%	11,5%	27,9%	54,1%	100%
Rec-Sociale	6,6%	26,2%	36,1%	23,0%	8,2%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	3,3%	1,6%	16,4%	78,7%	100%
Soin Technique	0,0%	4,9%	4,9%	41,0%	49,2%	100%
Tolérance	0,0%	8,2%	4,9%	36,1%	50,8%	100%
Adaptation	0,0%	1,6%	6,6%	32,8%	59,0%	100%
Communication	0,0%	0,0%	8,2%	23,0%	68,9%	100%
Disponibilité	0,0%	4,9%	6,6%	31,2%	57,4%	100%
Education	0,0%	1,6%	8,2%	41,0%	49,2%	100%
Relation	0,0%	0,0%	3,3%	19,7%	77,1%	100%
Séc-Emploi	1,6%	11,5%	34,4%	27,9%	24,6%	100%
Hygiène	0,0%	0,0%	0,0%	21,3%	78,7%	100%
Soin Relationnel	0,0%	1,6%	3,3%	13,1%	82,0%	100%
Compétence	0,0%	0,0%	11,5%	44,3%	44,3%	100%
Aide	0,0%	1,6%	6,6%	44,3%	47,5%	100%
Connaissances	0,0%	3,3%	6,6%	44,3%	45,9%	100%
Organisation	0,0%	0,0%	4,9%	31,2%	63,9%	100%
Rigueur	0,0%	0,0%	8,2%	21,3%	70,5%	100%
Equipe	0,0%	0,0%	9,8%	34,4%	55,7%	100%
Relation Aide	1,6%	0,0%	4,9%	29,5%	63,9%	100%
Empathie	0,0%	4,9%	3,3%	44,3%	47,5%	100%
Technicité	0,0%	6,6%	18,0%	34,4%	41,0%	100%
Rés-Physique	3,3%	14,8%	27,9%	27,9%	26,2%	100%
Altruisme	0,0%	4,9%	18,0%	54,1%	23,0%	100%
Soin	0,0%	0,0%	1,6%	39,3%	59,0%	100%
Aux-Médical	8,2%	23,0%	42,6%	19,7%	6,6%	100%
Respect	0,0%	4,9%	6,6%	26,2%	62,3%	100%
Compréhension	0,0%	3,3%	14,8%	47,5%	34,4%	100%
Professionnel	1,6%	0,0%	14,8%	39,3%	44,3%	100%
Règles	0,0%	4,9%	16,4%	44,3%	34,4%	100%
Efficacité	0,0%	3,3%	11,5%	52,5%	32,8%	100%
Hôpital	4,9%	14,8%	31,2%	37,7%	11,5%	100%
Responsabilité	0,0%	0,0%	0,0%	24,6%	75,4%	100%
Soutien	1,6%	4,9%	4,9%	36,1%	52,5%	100%
Vocation	19,7%	21,3%	24,6%	13,1%	21,3%	100%
Ensemble	1,4%	5,4%	12,6%	32,7%	48,0%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de D3

Question 17



Graphe de corrélation des RSP des ESI de D3

Question 18

	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Oui, tout à fait	NSP	TOTAL
Compét relationnelles	1,6%	1,6%	49,2%	47,5%	0,0%	100%
Compét organisationnelles	0,0%	8,2%	70,5%	19,7%	1,6%	100%
Compét techniques	0,0%	4,9%	73,8%	19,7%	1,6%	100%
Ensemble	0,6%	4,9%	64,5%	29,0%	1,1%	100%

Tableau des jugements sur le progrès dans l'acquisition des compétences par les étudiants de D3

Question 20

430 : Aucune connaissance sur l'histoire de notre IFSI

435 : Je ne connais pas l'histoire de notre IFSI

439 : augmentation des effectifs; taux de redoublement et d'échec important

443 : je ne connais pas l'histoire de l'IFSI

444 : je ne sais pas

446 : je ne connais pas son histoire

447 : je ne sais pas

449 : je ne la connais pas

452 : je ne connais pas l'histoire

453 : changement de directeur, qui élimine les ESI trop facilement, trop aisément. C'est honteux!

456 : je ne la connais pas

462 : RAS

464 : ne connais pas

465 : abandons et échecs; TS d'une camarade

471 : je ne connais pas

477 : pas de connaissances

480 : campagne de vaccination H1N1, ayant contribué à cette campagne, je me suis sentie inutile

483 : Qu'appellez-vous "l'histoire de notre IFSI"?

484 : ça fait 20 ans que les prof exercent une pression sur les ESI

486 : je ne connais que: changement de locaux, promos moins importantes avant, bonne réputation dans la région

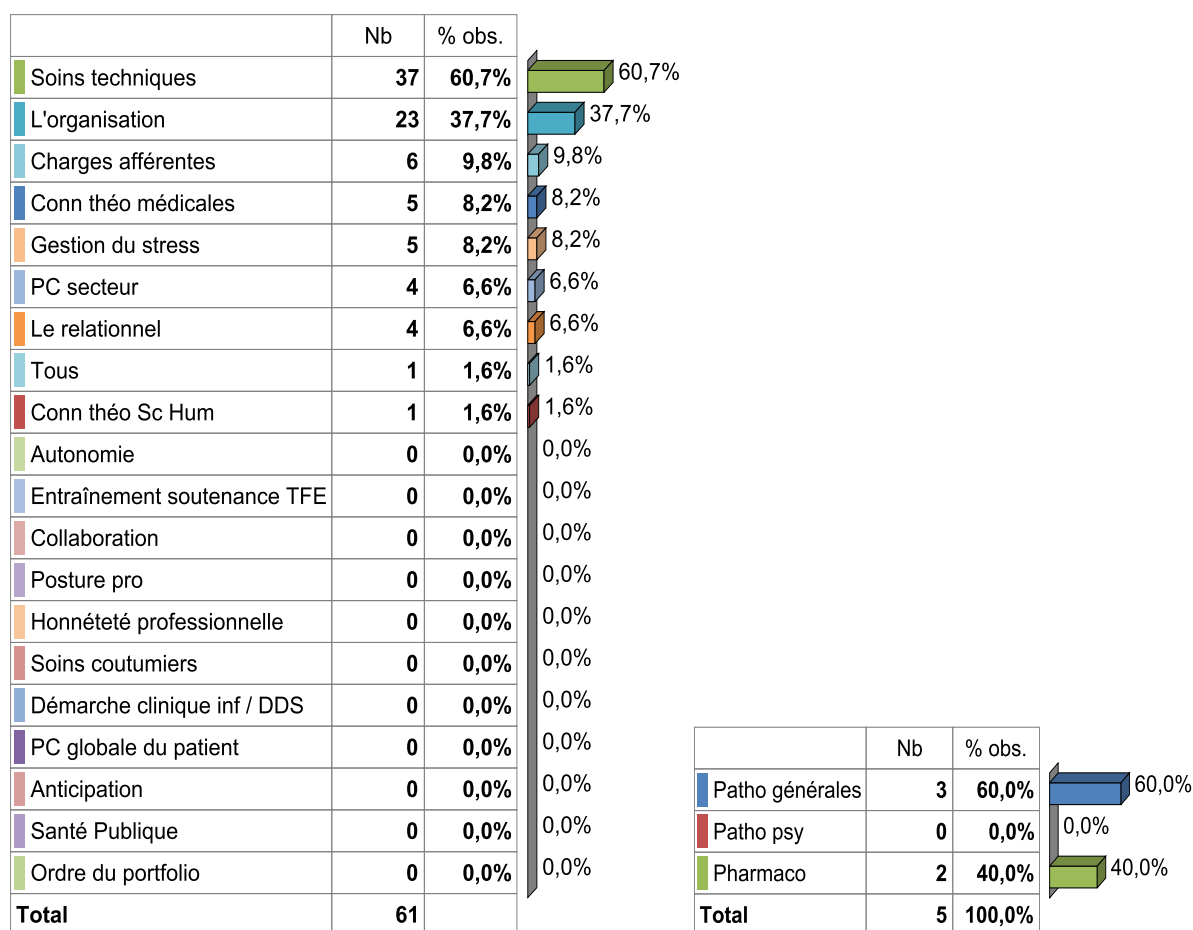
487 : peu concernée; lieu de formation comme un autre

488 : aucun

492 : aucun

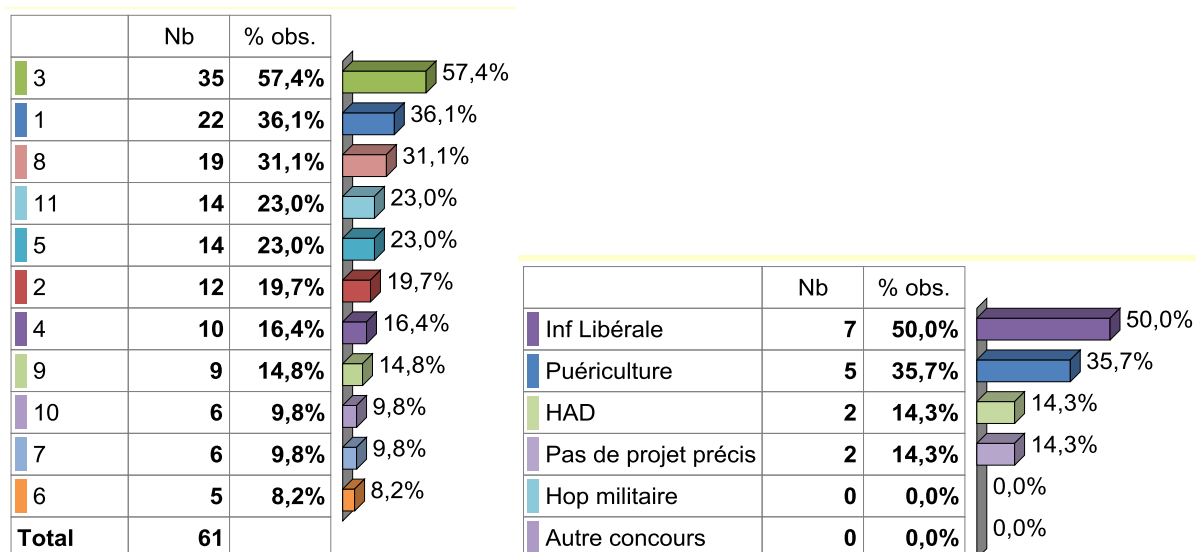
494 : aucune idée

Question 21



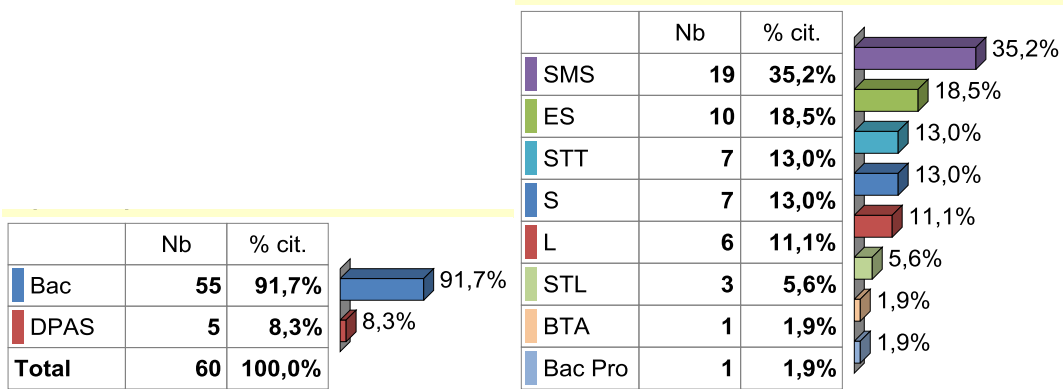
Répartition des ESI de D3 selon leurs souhaits d'approfondissement de certains apprentissages

Question 22

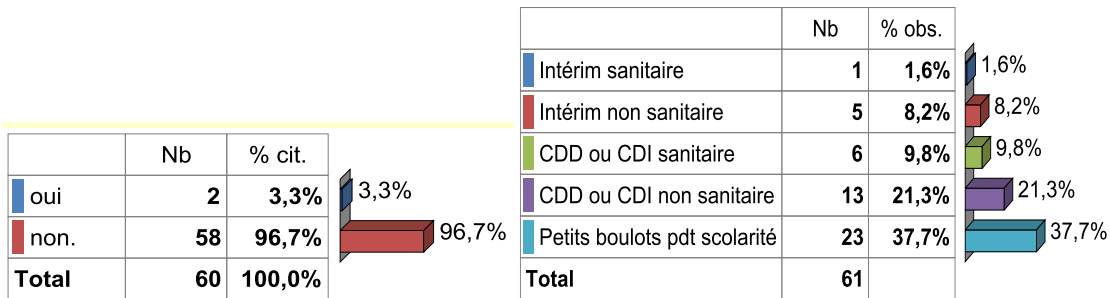


Répartition des ESI de D3 selon leurs choix de projet professionnel

Question 23



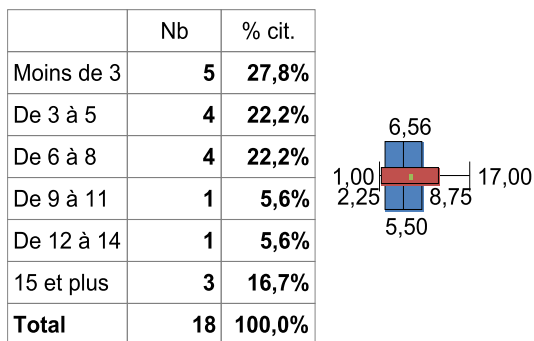
Répartition des ESI de D3 selon le diplôme d'inscription à l'IFSI (Tab.de gauche) et selon la série du baccalauréat (Tab. de droite)



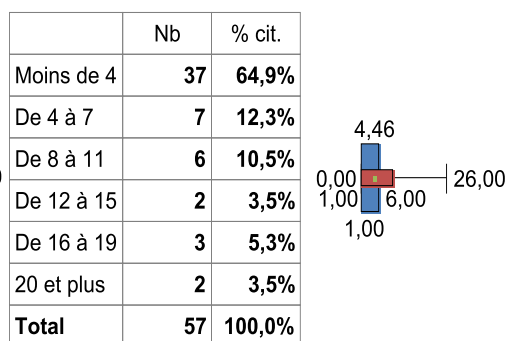
Répartition des ESI de D3 selon l'inscription en PCEM (Tab.de gauche) et selon le type de travail avant ou pendant la formation (Tab. de droite)

Question 24

Moyenne = 6,56 Ecart-type = 5,14



Moyenne = 4,46 Ecart-type = 5,93

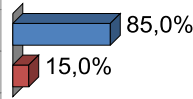


Répartition des ESI de D3 selon la durée de travail avant réorientation (Tab. de gauche) et selon la durée de scolarité avant réorientation (Tab. de droite)

Strate : Bagatelle 1^{ère} année

Questions 1 à 8

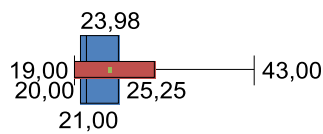
	Nb	% cit.
Féminin	34	85,0%
Masculin	6	15,0%
Total	40	100,0%



Répartition des ESI de B1 selon le sexe

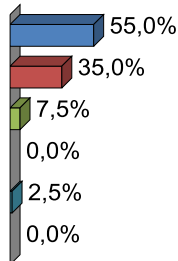
Moyenne = 23,98 Ecart-type = 5,90

	Nb	% cit.
Moins de 20	3	7,5%
De 20 à 23	22	55,0%
De 24 à 27	8	20,0%
De 28 à 31	2	5,0%
De 32 à 35	2	5,0%
36 et plus	3	7,5%
Total	40	100,0%



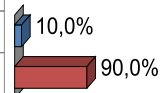
Répartition des ESI de B1 selon leur classe d'âge

	Nb	% cit.
Célibataire	22	55,0%
Vivant en couple	14	35,0%
Marié	3	7,5%
Veuf	0	0,0%
Divorcé	1	2,5%
Divorcé_	0	0,0%
Total	40	100,0%



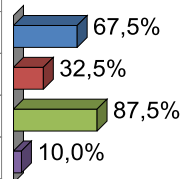
Répartition des ESI de B1 selon leur situation familiale

	Nb	% cit.
Oui	4	10,0%
Non	36	90,0%
Total	40	100,0%

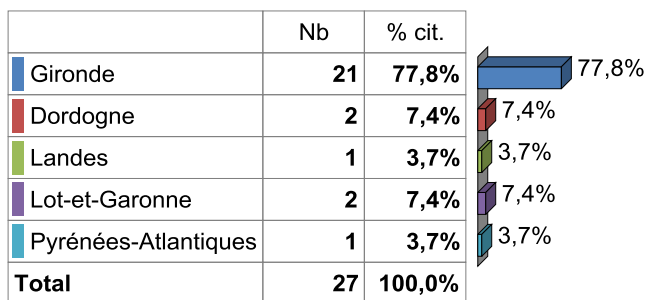


Proportion des ESI de B1 ayant ou non des enfants

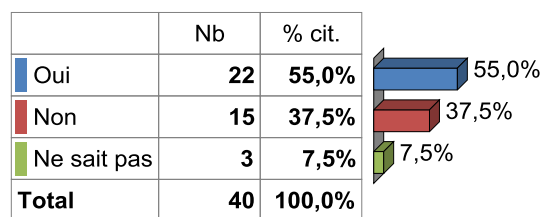
	Nb	% obs.
Aquitaine	27	67,5%
Hors Aquitaine	13	32,5%
Zone urbaine	35	87,5%
Zone rurale	4	10,0%
Total	40	



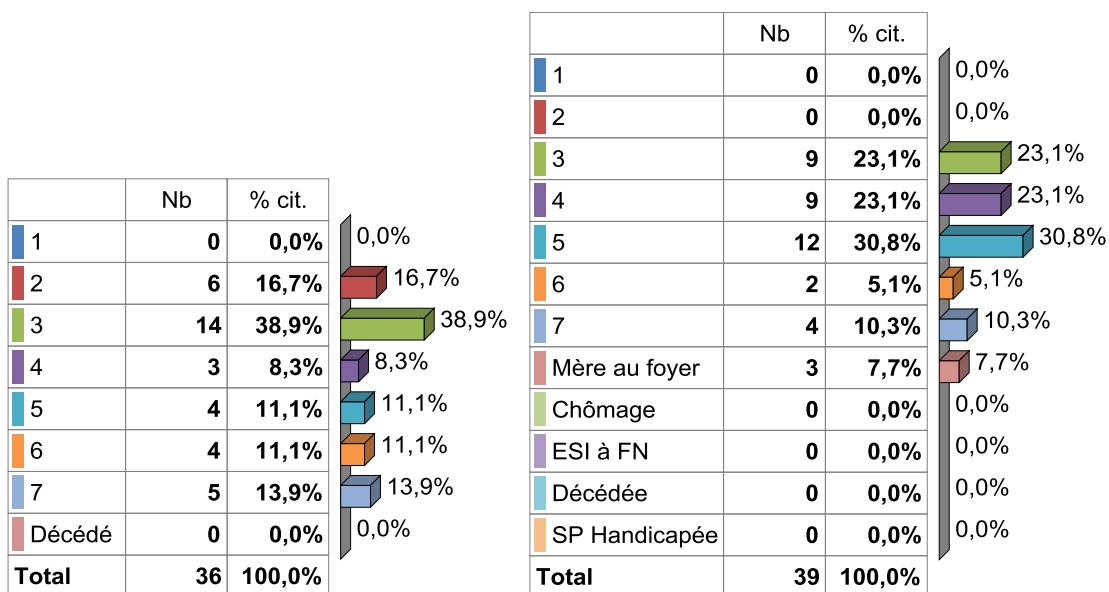
Répartition des ESI de B1 selon leur origine géographique



Répartition des ESI de B1 selon leur département d'origine

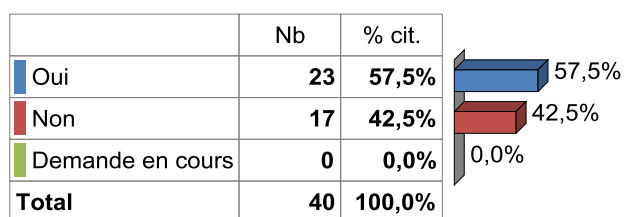


Répartition des ESI de B1 selon leur souhait de retour



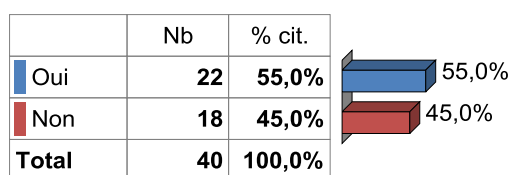
Répartition des ESI de B1 selon la PCS du père (Tab.de gauche) et selon celle de la mère (Tab.de droite)

Question 9



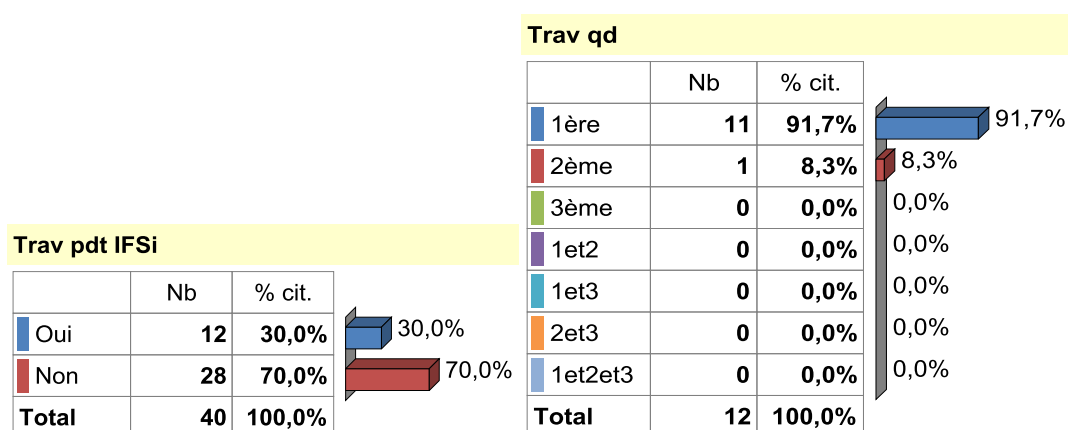
Proportion des ESI de B1 ayant bénéficié ou non d'une subvention ou bourse

Question 10a



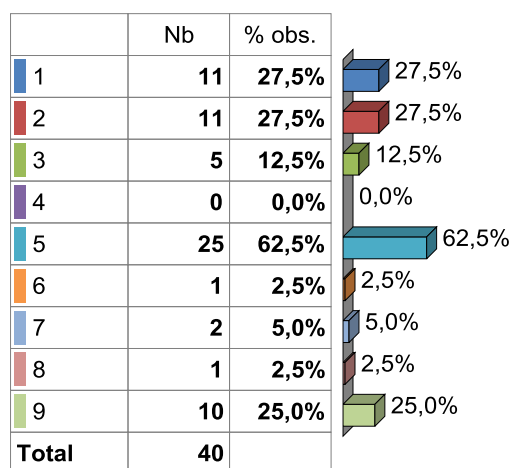
Proportion des ESI de B1 ayant suivi ou non une préparation au concours

Questions 11a et 11b



Proportion des ESI de B1 ayant travaillé pendant la formation (Tab.de gauche) et selon la période concernée (Tab.de droite)

Question 12



Répartition des ESI de B1 selon les motivations à choisir le métier

Autre motivation

- 9 : Envie d'un métier très relationnel
- 12 : Pas possible de faire psychomotricienne
- 13 : Études courtes;
- 15 : Lassitude du monde pro informatique; besoin de soins aux autres
- 16 : Vocation
- 25 : Métier qui bouge; Contact humain
- 27 : Evolution de mon métier AMP
- 29 : Donner un sens à une activité pro rémunérée
- 33 : Idée est venue toute seule
- 36 : Envie métier utile avec contact humain

Question 13a

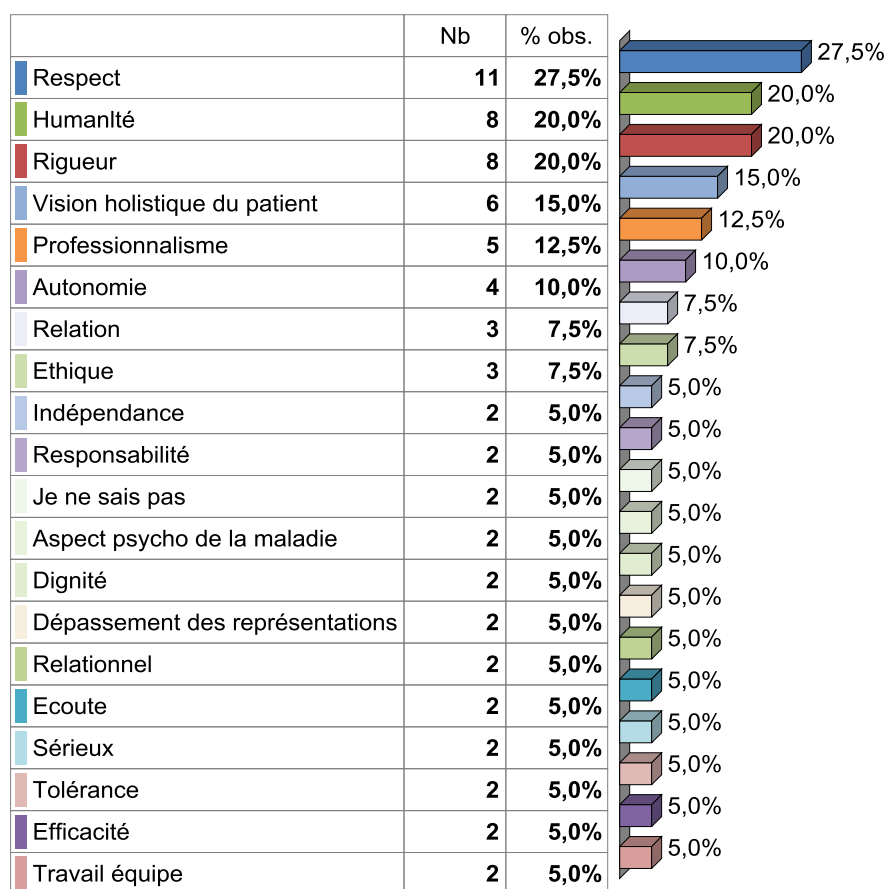
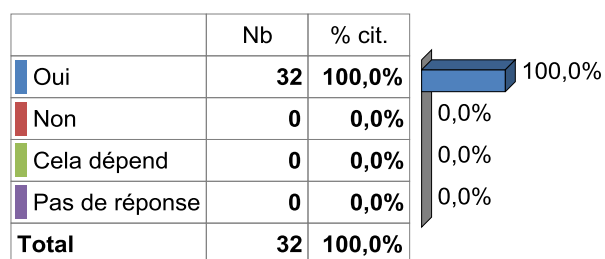


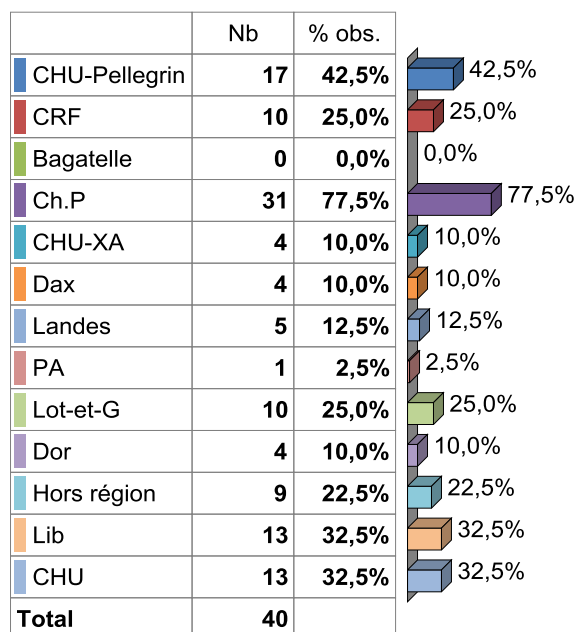
Tableau des 20 premières valeurs classées par ordre décroissant par les ESI de B 1

Question 13b



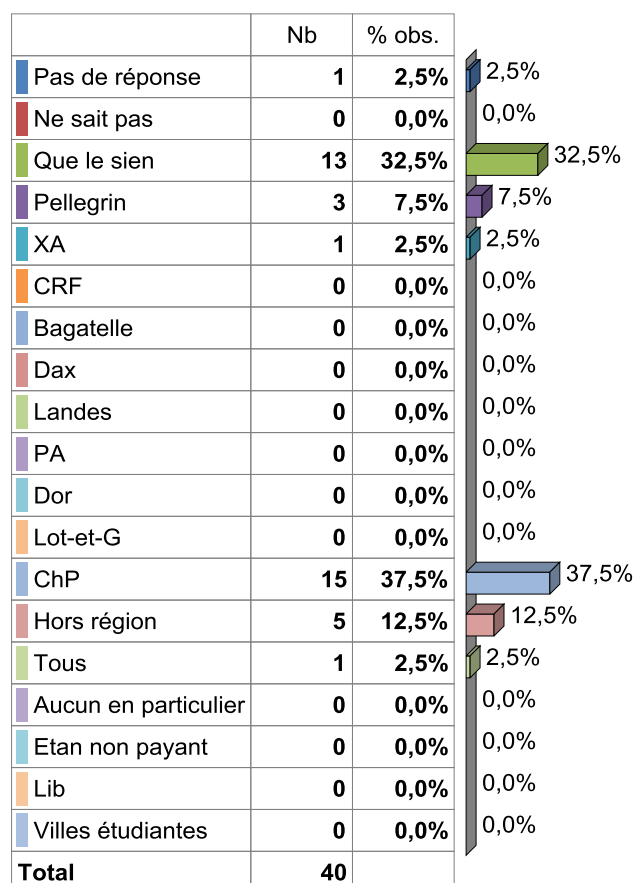
Répartition des ESI de B1 selon leur degré d'accord avec les valeurs perçues

Question 14b



Répartition des ESI de B1 selon les IFSI présentés

Question 15a



Répartition des ESI de B1 selon leurs autres choix d'IFSI

Raisons choix d'autres IFSI pour la formation

2 : Proximité domicile

- 4 : ChP: aspect psycho Pell: CHU
- 5 : Coup de cœur
- 6 : Très bonne école; ESI bien encadrés; Aussi bonne réputation que Bagatelle
- 8 : Proximité domicile; Tiers satisfaits
- 9 : ChP: bonne école; ailleurs pour indépendance
- 11 : Même IFSI que ma mère; très bonne réputation
- 12 : Beaucoup de psy
- 13 : Versant psy
- 15 : Lien avec mon histoire personnelle
- 18 : CHU: bonne réputation; échos très positifs
- 19 : Plus proches
- 20 : Pour changer de milieu de vie
- 21 : Bonne école; Proche
- 23 : Bonne réputation; Petites promotions
- 24 : Approche psychopathologique
- 25 : Organisation Bagatelle pas performante
- 26 : Proche; Axé sur santé mentale
- 27 : Plus proche
- 28 : Encadrement psychologique des ESI plus soutenu qu'à Bagatelle
- 32 : Bonne réputation pour la formation
- 34 : Bonne réputation; petite promo, pas l'usine
- 35 : Proche domicile
- 36 : Bonne réputation; axé sur le relationnel
- 39 : Pour l'encadrement; approche psy

Question 16

- 4 : CRF: payant Tulle, Agen, Dax, Périgueux: trop loin de Bordeaux
- 5 : Trop grand, trop nombreux
- 6 : Mauvaise réputation; ESI pas à l'aise; École payante
- 7 : Pell: promo trop nombreuse; Les autres: trop loin
- 8 : Mauvaise réputation
- 9 : Mauvaise réputation
- 10 : Usine; pas familial; pas relationnel
- 12 : Mauvaise réputation
- 13 : CHU: réputation; Les autres: distance
- 14 : Promos trop grandes; moins de suivi des ESI; formation moins bien
- 16 : Trop loin
- 17 : Ne veux pas quitter Bordeaux
- 18 : Trop éloignées des proches
- 21 : Payant; Mauvaise réputation
- 24 : Trop loin; Obligé retourner chez parents pour argent
- 25 : Trop grosse promo; ESI pas accompagnés
- 26 : Enseignement mauvaise qualité
- 28 : CHU: trop grosse promo et moins de soutien; Lib: trop loin
- 29 : CP: mauvais contact lors du concours; XA: mauvaise réputation
- 30 : Pell: à cause du cadre; Landes: trop loin
- 31 : Payant et mauvaise réputation
- 32 : Moins réputé que les autres
- 33 : CRF: mauvaise réputation; CHU: trop grosse promo, impersonnel

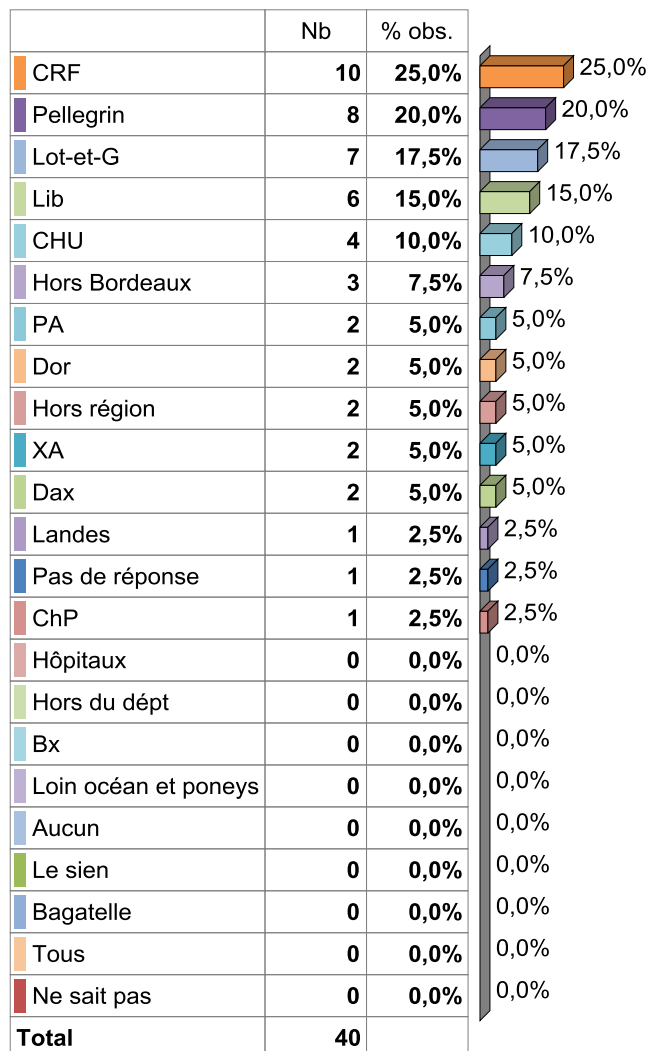
36 : Payante et mauvaise réputation

37 : Lot et Garonne: trop petites villes; CRF: payant; Ailleurs: trop loin des familiers

38 : Trop loin du domicile; trop grosse promo, obstacle à l'apprentissage et à la solidarité

39 : CHU: trop grosse promo; Dax: pas bonne réputation; les autres: trop loin de l'Océan

40 : Trop grosse promotion



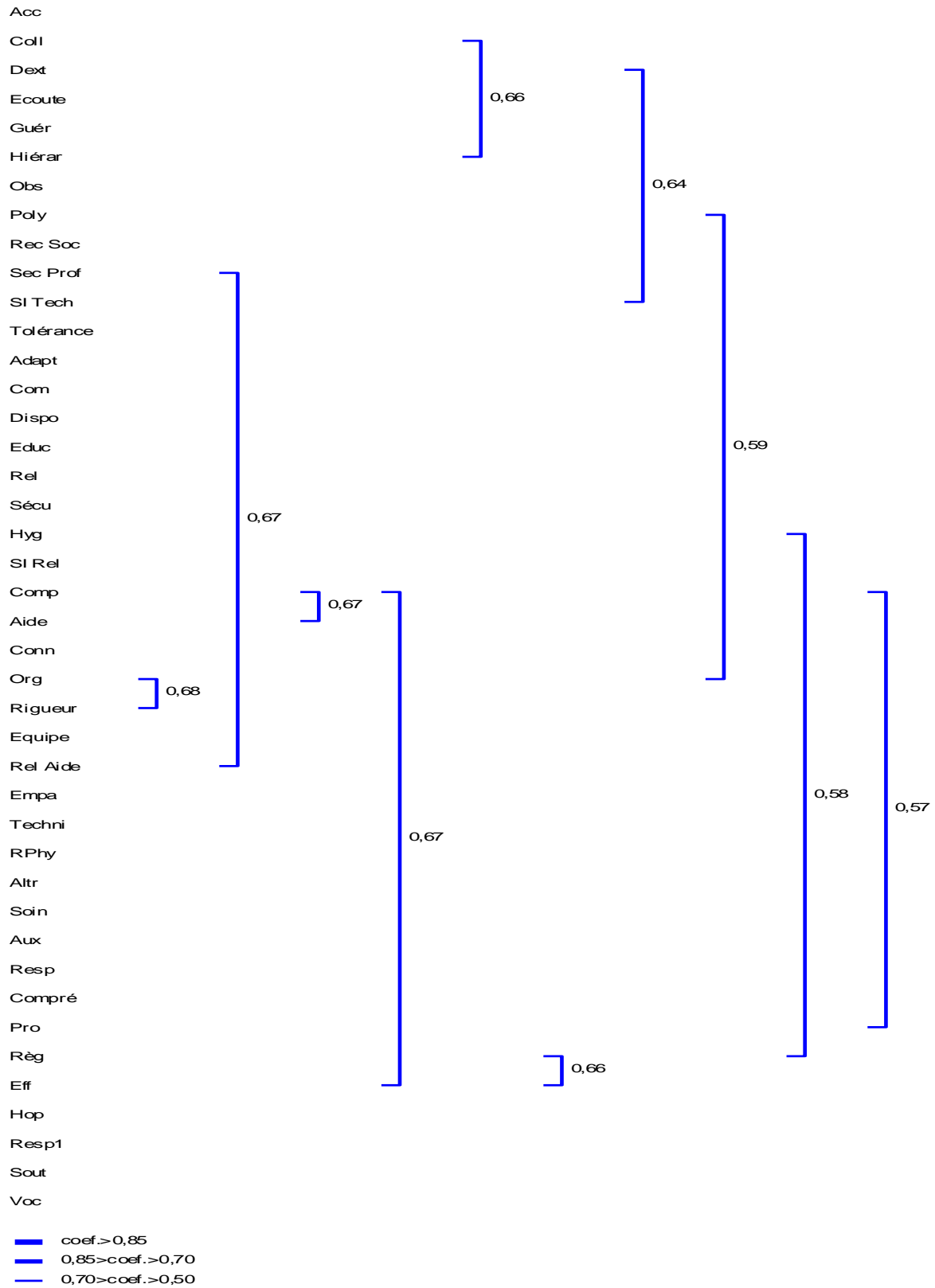
Répartition des ESI de B1 selon leurs refus d'IFSI

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagn.	0,0%	0,0%	2,5%	42,5%	55,0%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	0,0%	42,5%	57,5%	100%
Dextérité	0,0%	0,0%	7,5%	40,0%	52,5%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	87,5%	100%
Guérison	5,0%	12,5%	37,5%	35,0%	10,0%	100%
Hiérarchie	15,4%	7,7%	33,3%	33,3%	10,3%	100%
Observation	0,0%	0,0%	2,5%	37,5%	60,0%	100%
Polyvalence	0,0%	5,1%	12,8%	41,0%	41,0%	100%
Rec-Sociale	10,3%	28,2%	35,9%	23,1%	2,6%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	0,0%	7,5%	25,0%	67,5%	100%
Soin Technique	0,0%	0,0%	10,0%	37,5%	52,5%	100%
Tolérance	0,0%	0,0%	7,5%	32,5%	60,0%	100%
Adaptation	0,0%	0,0%	2,5%	22,5%	75,0%	100%
Communication	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	87,5%	100%
Disponibilité	0,0%	0,0%	12,5%	32,5%	55,0%	100%
Education	0,0%	7,5%	25,0%	42,5%	25,0%	100%
Relation	0,0%	2,5%	0,0%	27,5%	70,0%	100%
Séc-Emploi	5,0%	12,5%	12,5%	27,5%	42,5%	100%
Hygiène	0,0%	2,5%	5,0%	12,5%	80,0%	100%
Soin Relationnel	0,0%	0,0%	5,0%	25,0%	70,0%	100%
Compétence	0,0%	2,5%	7,5%	40,0%	50,0%	100%
Aide	0,0%	2,5%	15,0%	42,5%	40,0%	100%
Connaissances	0,0%	0,0%	2,5%	42,5%	55,0%	100%
Organisation	0,0%	0,0%	2,5%	25,0%	72,5%	100%
Rigueur	0,0%	0,0%	5,0%	20,0%	75,0%	100%
Equipe	0,0%	0,0%	5,0%	35,0%	60,0%	100%
Relation Aide	0,0%	0,0%	2,6%	28,2%	69,2%	100%
Empathie	0,0%	0,0%	10,0%	32,5%	57,5%	100%
Technicité	0,0%	0,0%	17,5%	47,5%	35,0%	100%
Rés-Physique	2,5%	5,0%	32,5%	35,0%	25,0%	100%
Altruisme	2,5%	2,5%	15,0%	45,0%	35,0%	100%
Soin	0,0%	0,0%	5,3%	26,3%	68,4%	100%
Aux-Médical	7,9%	34,2%	29,0%	26,3%	2,6%	100%
Respect	0,0%	2,5%	10,0%	22,5%	65,0%	100%
Compréhension	0,0%	0,0%	17,5%	50,0%	32,5%	100%
Professionnel	2,5%	0,0%	5,0%	32,5%	60,0%	100%
Règles	2,5%	7,5%	12,5%	50,0%	27,5%	100%
Efficacité	2,5%	0,0%	12,5%	35,0%	50,0%	100%
Hôpital	7,5%	15,0%	32,5%	32,5%	12,5%	100%
Responsabilité	0,0%	0,0%	0,0%	22,5%	77,5%	100%
Soutien	2,5%	2,5%	10,0%	52,5%	32,5%	100%
Vocation	25,0%	10,0%	27,5%	17,5%	20,0%	100%
Ensemble	2,2%	3,8%	11,8%	32,5%	49,7%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de B1

Question 17



Graphe de corrélation des RSP des ESI de B1

Question 18

	Non, pas du tout	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Oui, tout à fait	NSP	TOTAL
Compét relationnelles	0,0%	0,0%	10,3%	43,6%	38,5%	7,7%	100%
Compét organisationnelles	2,6%	0,0%	25,6%	48,7%	18,0%	5,1%	100%
Compét techniques	0,0%	5,1%	7,7%	51,3%	35,9%	0,0%	100%
Ensemble	0,9%	1,7%	14,5%	47,9%	30,8%	4,3%	100%

Tableau des jugements sur le progrès dans l'acquisition des compétences par les étudiants de B1

Question 20

3 : Création de l'IFSI

4 : Premier IFSI; Bagatelle=fondation

5 : Aucun en particulier. Je ne me sens pas rattaché à un IFSI, je suis en formation infirmière, c'est tout ce qui compte, alors je ne fais pas attention à l'histoire de mon IFSI

6 : Évolution de la prof; Principes et valeurs identiques

8 : Ancienneté et expérience de l'institution; lien avec F. Nightingale

10 : Florence Nightingale

11 : École de F. Nightingale, pionnière des infirmières

14 : A. Hamilton et F. Nightingale: fondatrices des SI

15 : Occupation par armée allemande pendant la 2ème guerre mondiale

18 : Évolution de l'infirmière

21 : Rien de particulier

24 : Établissement chargé d'histoire; Une des 1ères école de garde-malades de France

25 : Première école de BX

26 : Fondée par A Hamilton; Une des 1ères écoles de France

27 : Influence de F. Nightingale

28 : Collaboration IDE françaises et américaines; occupation par les allemands; arrêt port des coiffes; remplissage de la piscine

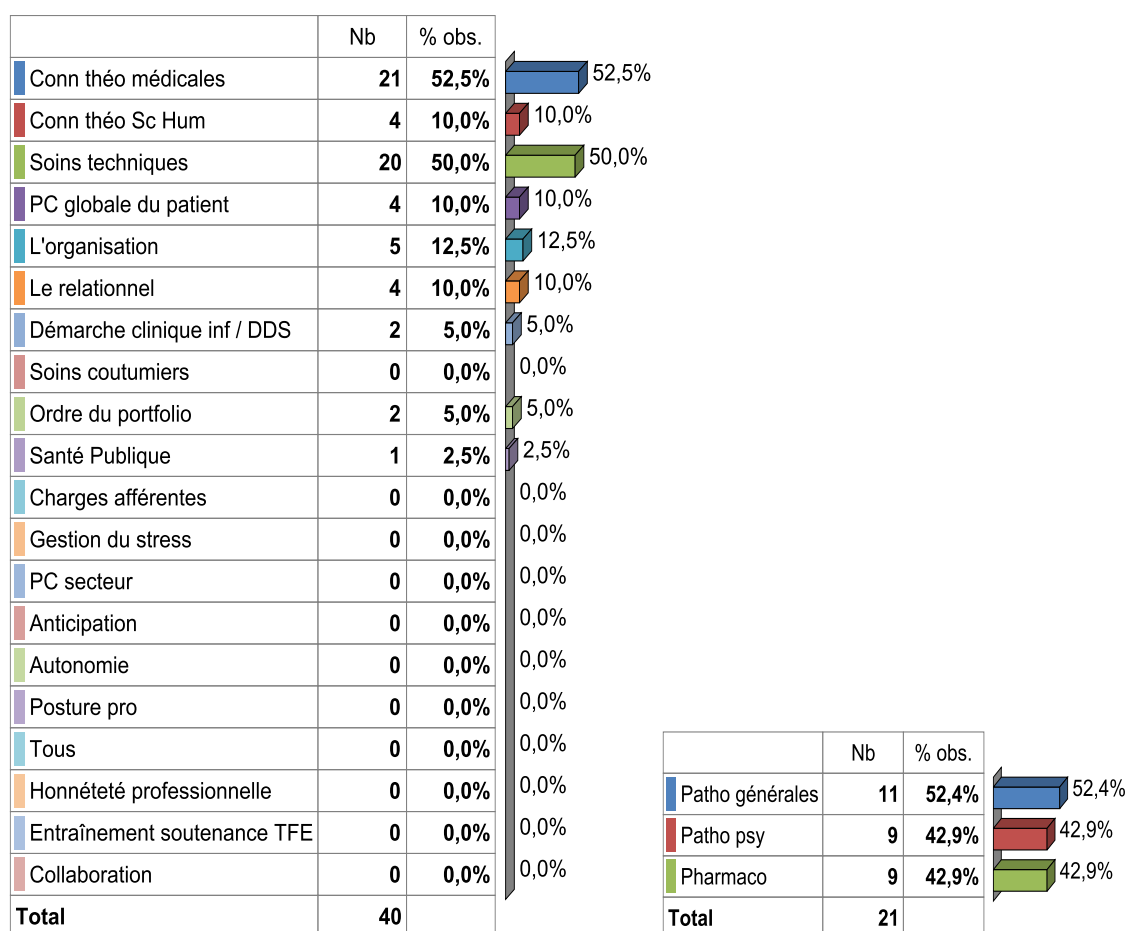
29 : Fondation par F. Nightingale et A Hamilton; Collaboration infirmière France et USA; Arrêt port des coiffes; remplissage de la piscine

32 : Longue tradition de qualité, valeurs et altruisme

34 : On a oublié de fêter l'anniversaire de F. Nightingale

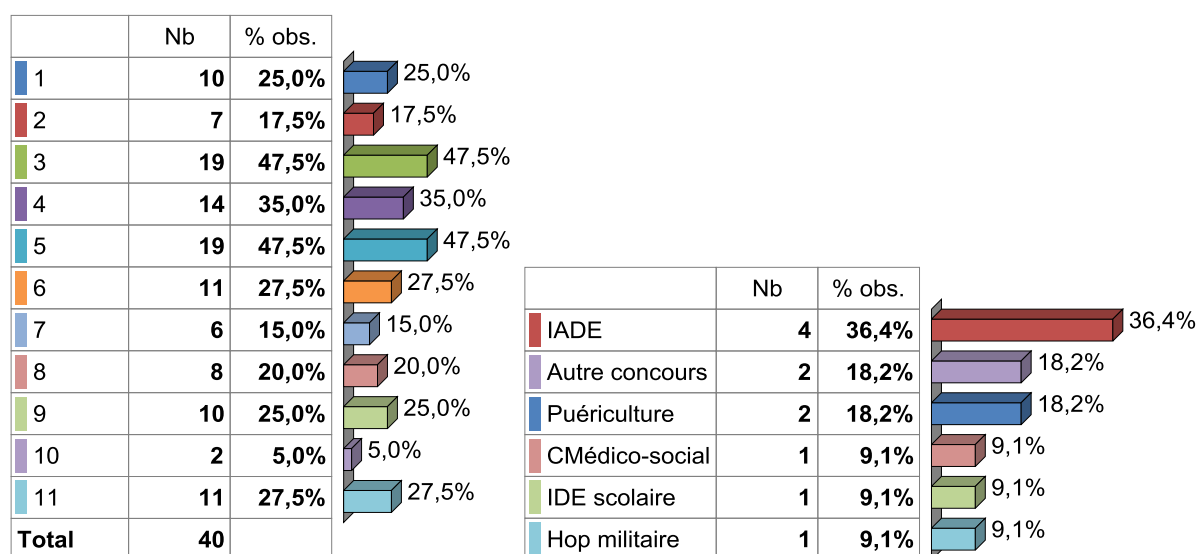
36 : Fondé par A Hamilton; 1er IFSI de France

Question 21



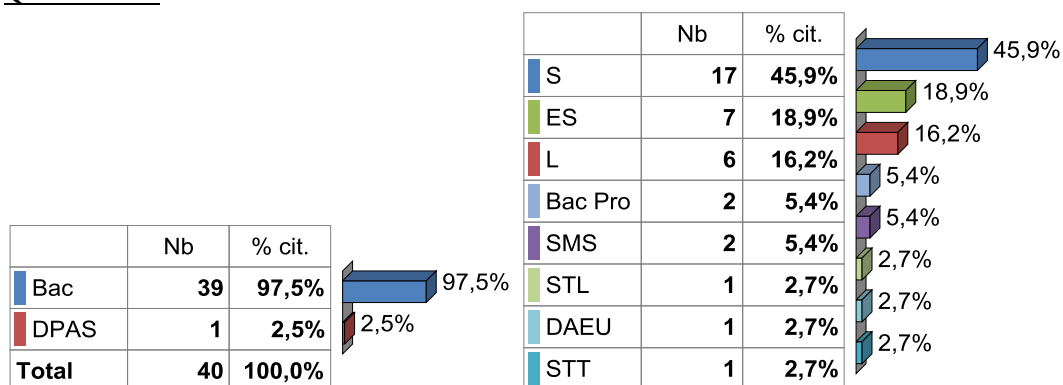
Répartition des ESI de B1 selon leurs choix de projet professionnel

Question 22

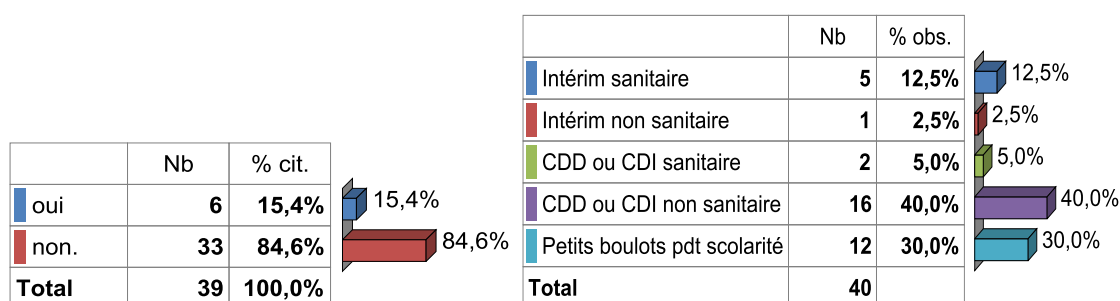


Répartition des ESI de B1 selon leurs choix de projet professionnel

Question 23



Répartition des ESI de B1 selon le diplôme d'inscription à l'IFSI (Tab.de gauche) et selon la série du baccalauréat (Tab. de droite)

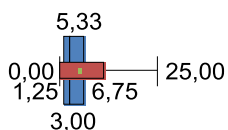


Répartition des ESI de B1 selon l'inscription en PCEM (Tab.de gauche) et selon le type de travail avant ou pendant la formation (Tab. de droite)

Question 24

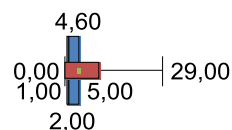
Moyenne = 5,33 Ecart-type = 6,35

	Nb	% cit.
Moins de 4	11	61,1%
De 4 à 7	3	16,7%
De 8 à 11	2	11,1%
De 12 à 15	1	5,6%
De 16 à 19	0	0,0%
20 et plus	1	5,6%
Total	18	100,0%



Moyenne = 4,60 Ecart-type = 6,08

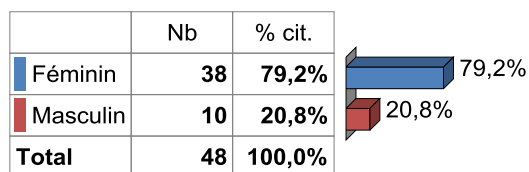
	Nb	% cit.
Moins de 5	28	70,0%
De 5 à 9	6	15,0%
De 10 à 14	4	10,0%
De 15 à 19	0	0,0%
De 20 à 24	1	2,5%
25 et plus	1	2,5%
Total	40	100,0%



Répartition des ESI de B1 selon la durée de travail avant réorientation (Tab. de gauche) et selon la durée de scolarité avant réorientation (Tab. de droite)

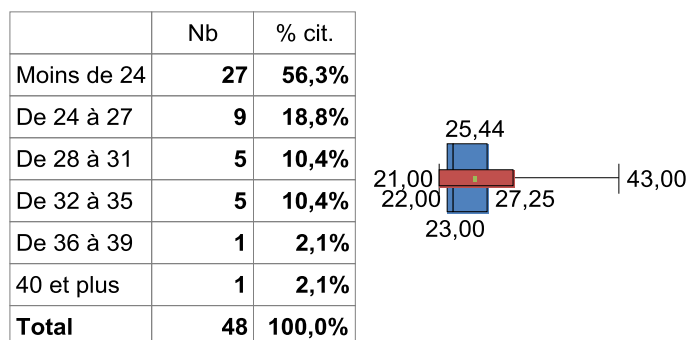
Strate : Bagatelle 3^{ème} année

Questions 1 à 8

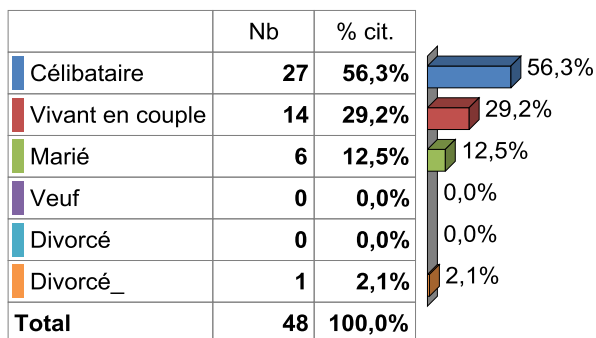


Répartition des ESI de B3 selon le sexe

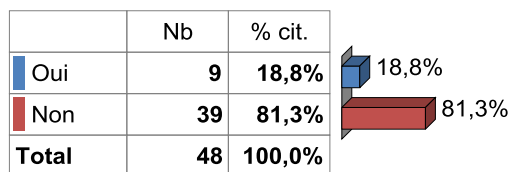
Moyenne = **25,44** Ecart-type = **4,84**



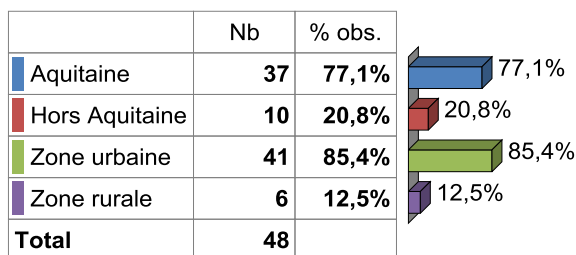
Répartition des ESI de B3 selon leur classe d'âge



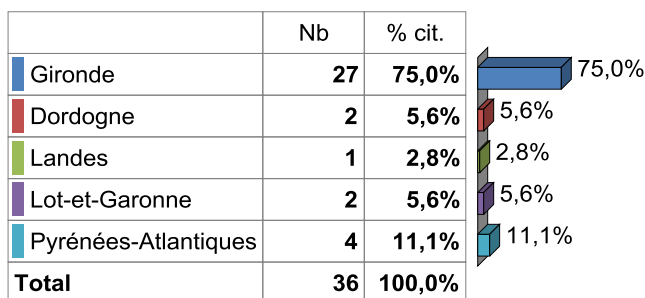
Répartition des ESI de B3 selon leur situation familiale



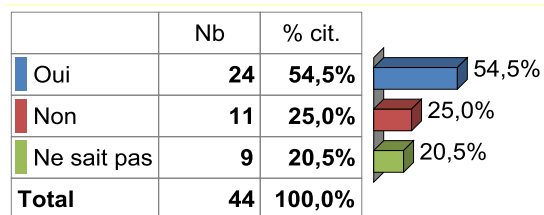
Proportion des ESI de B3 ayant ou non des enfants



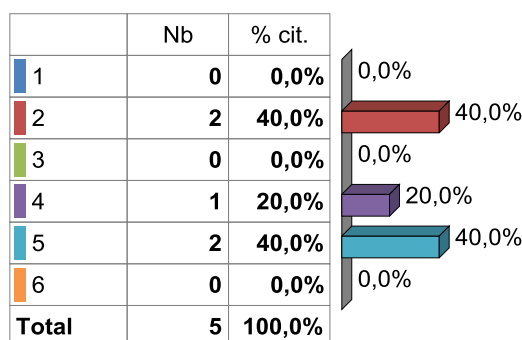
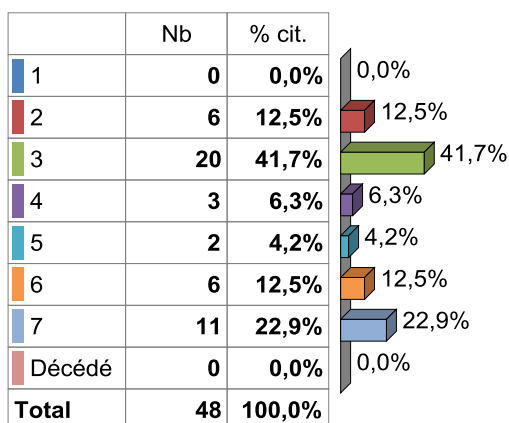
Répartition des ESI de B3 selon leur origine géographique



Répartition des ESI de B3 selon leur département d'origine

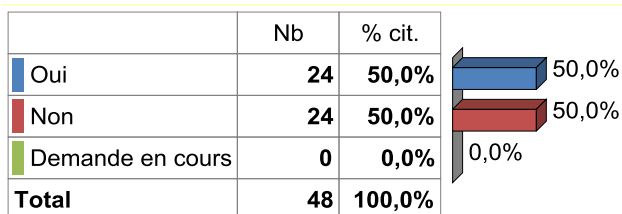


Répartition des ESI de B3 selon leur souhait de retour



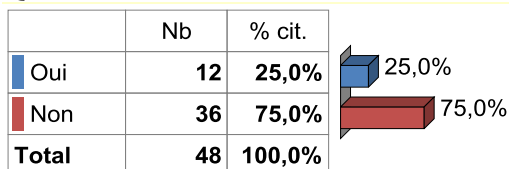
Répartition des ESI de B3 selon la PCS du père (Tab.de gauche) et selon celle de la mère (Tab.de droite)

Question 9



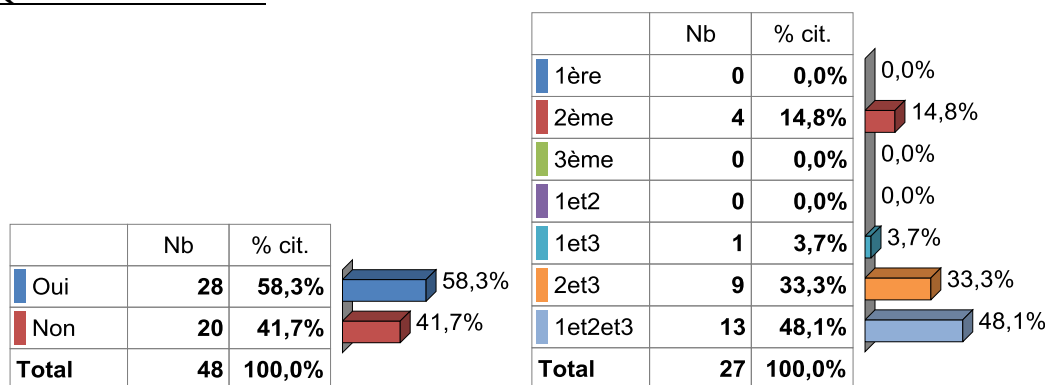
Proportion des ESI de B3 ayant bénéficié ou non d'une subvention ou bourse

Question 10a



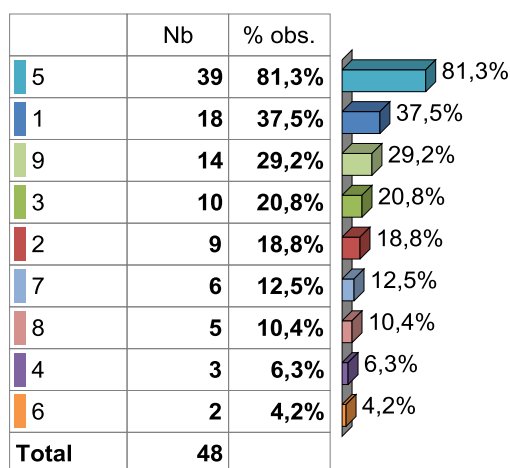
Proportion des ESI de B3 ayant suivi ou non une préparation au concours

Questions 11a et 11b



Proportion des ESI de B3 ayant travaillé pendant la formation (Tab.de gauche) et selon la période concernée (Tab.de droite)

Question 12



Répartition des ESI de B3 selon les motivations à choisir le métier

Autre motivation

45 : Diversité d'exercices

47 : c'est une vocation

48 : Envie de W aux urgences

50 : Métier complet: manuel et intellectuel, travail d'équipe

51 : Reconversion professionnelle

57 : Pour devenir puéricultrice

59 : Possibilités d'évolution; pas de souci pour trouver du W et en changer

61 : Evolution dans ma carrière (AS)

64 : Contact humain; ex variés; dynamisme et sécurité de l'emploi

67 : Soigner les personnes qui souffrent à travers le monde

71 : Pour être puéricultrice

72 : Depuis toute petite, les métiers de la santé m'intéressent

76 : Parce que c'est un métier humain

84 : Hospitalisation de mon petit frère plus jeune

Question 13a

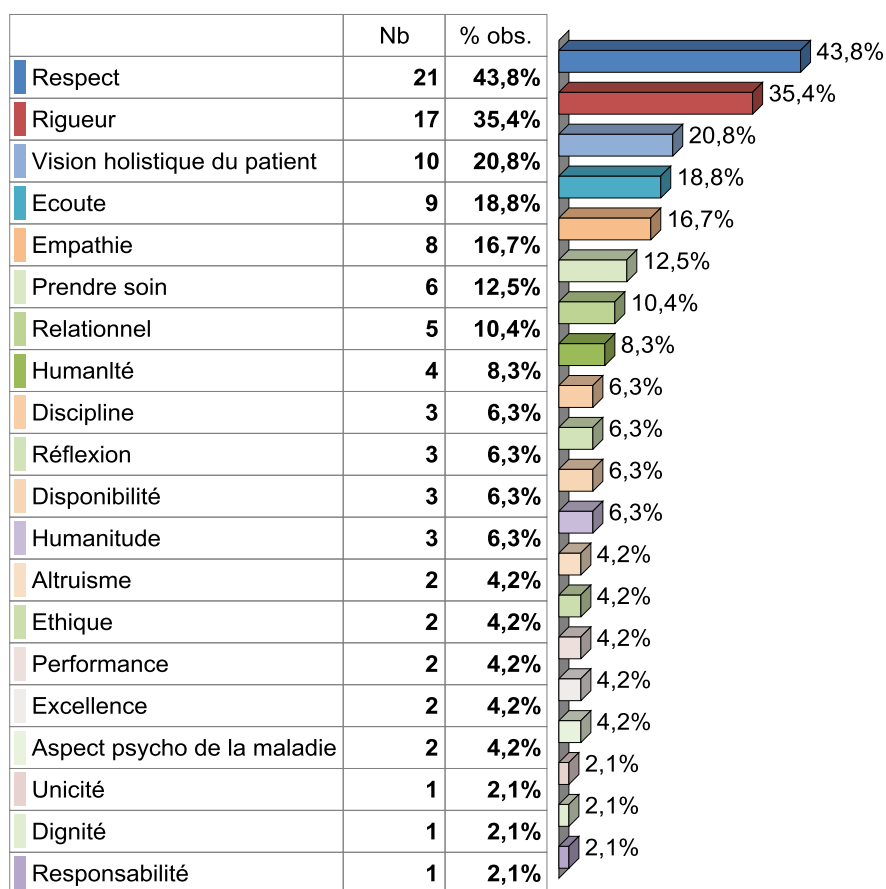
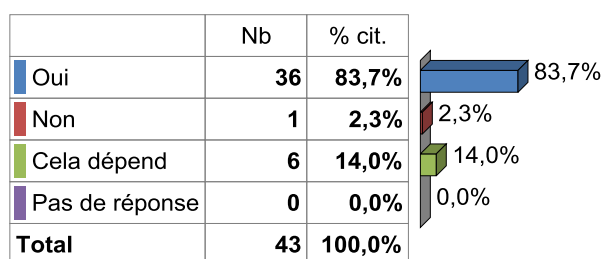


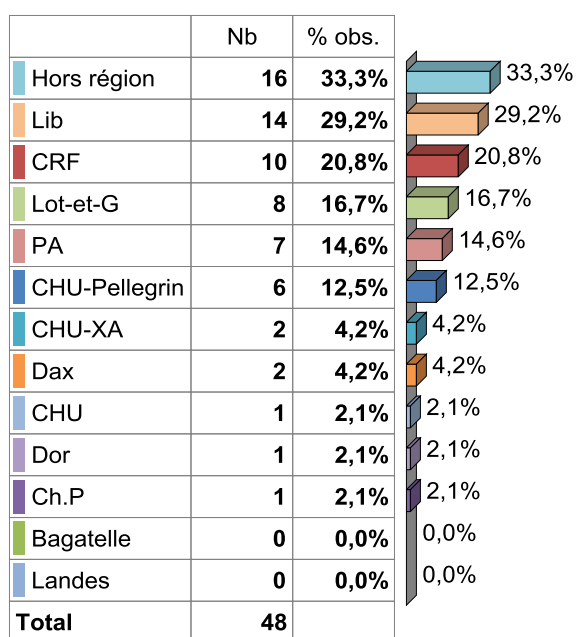
Tableau des 20 premières valeurs classées par ordre décroissant par les ESI de B 3

Question 13b



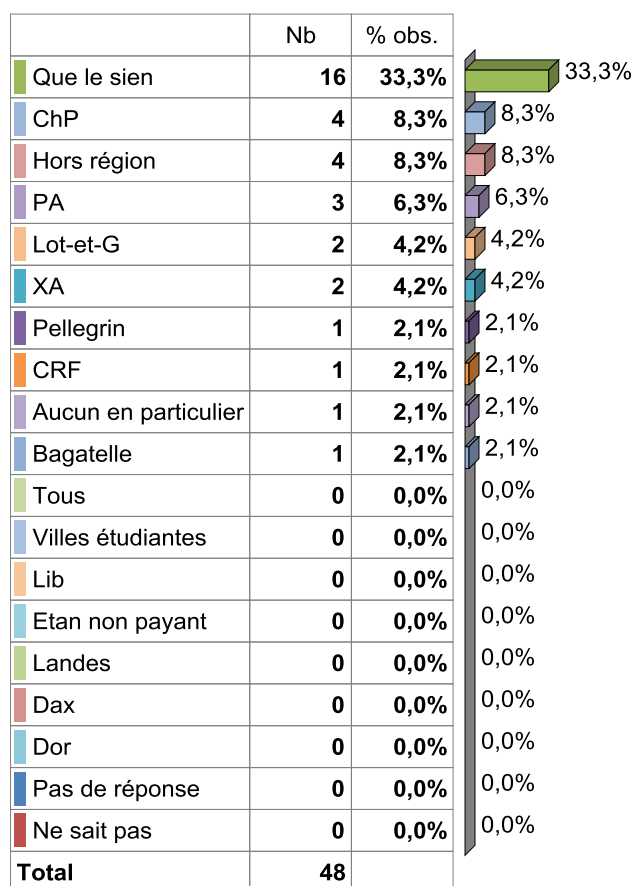
Répartition des ESI de B3 selon leur degré d'accord avec les valeurs perçues

Question 14b



Répartition des ESI de B3 selon les IFSI présentés

Question 15a



Répartition des ESI de B3 selon leurs autres choix d'IFSI

Raisons

- 41 : Valeurs proches de Bagatelle; Petites promo = écoute, échange, considération des ESI
- 44 : Principal: réussir le concours
- 45 : Valeurs comme Bagatelle; W en groupes fav l'app et la cohésion; côté psy du soin
- 47 : Petite structure co Bagatelle; axé sur le psy
- 56 : Possib de loger dans famille
- 60 : C'est la meilleure école
- 61 : Pour avoir la possib de PPH
- 64 : car école sociale avec plusieurs formations
- 65 : Ville paisible; ami y vivait; bons échos
- 66 : Meilleure réputation, la plus accueillante (cadre, petite promo)
- 67 : Connue pour l'humanitaire
- 70 : Bonne réputation et amies ESI à Bagatelle
- 76 : Pour le cadre
- 77 : Plus proche
- 82 : Plus proche domicile
- 83 : Mêmes valeurs que Bagatelle mais trop de psy
- 84 : Plus proche du domicile; Bagatelle: bonne réputation et envie d'indépendance
- 86 : Bagatelle: foyer et moins cher
- 87 : Ens plus poussé en pharmaco
- 88 : Marmande: promo de40 familial; Montpellier: possibilités de logement familial

Question 16

	Nb	% obs.	
CRF	17	35,4%	35,4%
CHU	10	20,8%	20,8%
Pellegrin	5	10,4%	10,4%
Lib	2	4,2%	4,2%
Hors Bordeaux	2	4,2%	4,2%
PA	2	4,2%	4,2%
Tous	1	2,1%	2,1%
Hors région	1	2,1%	2,1%
Lot-et-G	1	2,1%	2,1%
Ne sait pas	1	2,1%	2,1%
ChP	1	2,1%	2,1%
Aucun	1	2,1%	2,1%
Bx	0	0,0%	0,0%
Loin océan et poneys	0	0,0%	0,0%
Hôpitaux	0	0,0%	0,0%
Hors du dépt	0	0,0%	0,0%
XA	0	0,0%	0,0%
Le sien	0	0,0%	0,0%
Pas de réponse	0	0,0%	0,0%
Bagatelle	0	0,0%	0,0%
Dor	0	0,0%	0,0%
Landes	0	0,0%	0,0%
Dax	0	0,0%	0,0%
Total	48		

Répartition des ESI de B3 selon leurs refus d'IFSI

Raisons non choix

- 41 : Suivi individuel de mauvaise qualité; pas de considération, laissés à eux-mêmes; surtout Xavier-Arnozan
- 42 : Mauvaise impression lors de l'oral
- 45 : CHU: grosses promo, peu de travaux en groupe; cours et regroupements impersonnels
- 46 : Payant
- 47 : CRF: peu d'encadrement, ESI livrés à eux-mêmes; CHU: grosses promo, ESI peu visible
- 48 : Trop grosses promo, formateurs moins proches, ESI moins bien suivis (ce n'est pas pour autant qu'ils forment de moins bons prof)
- 50 : Trop grosses promo, = usine
- 51 : Trop éloigné du domicile
- 52 : Cadre trop bétonné; trop grosses promo; pas de possibilité de choisir ses stages
- 53 : Trop grande promo
- 54 : Petites villes; au cas où sur les conseils de ma mère
- 55 : enseignement trop strict
- 56 : Très loin, pas de connaissances
- 57 : Ne se serait pas plu à CRF
- 58 : Trop loin
- 59 : Trop grosses promo (2X Bagatelle)
- 60 : Pell: trop grosse promo, suivi moins individualisé; CRF: payant
- 61 : Les ESI doivent faire leurs cours
- 62 : Car Bagatelle a une réputation et un cadre très bons
- 63 : CRF: Payant; Pell: mauvaise réputation des formateurs
- 64 : Impersonnel
- 65 : Mauvais échos
- 67 : Pour atteindre mes objectifs
- 68 : Mauvaise réputation, payant
- 69 : Payant et mauvaise réputation
- 70 : Mauvaise réputation
- 73 : CHU: trop grosses promo; Agen: peu de lieux de stage
- 74 : Payant et le niveau de la formation est moyen (cours théoriques)
- 76 : Paris: pour la ville
- 78 : trop grosse promo; pas assez d'accompagnement
- 80 : Payant
- 81 : Payant
- 83 : CHU: trop centré sur la technique, il faut faire comme l'école vous a dit; CRF: les ESI font leurs cours, en stage sont délaissées par leur IFSI
- 84 : CRF: payant
- 85 : moins de lieux de stages
- 86 : Trop de psy

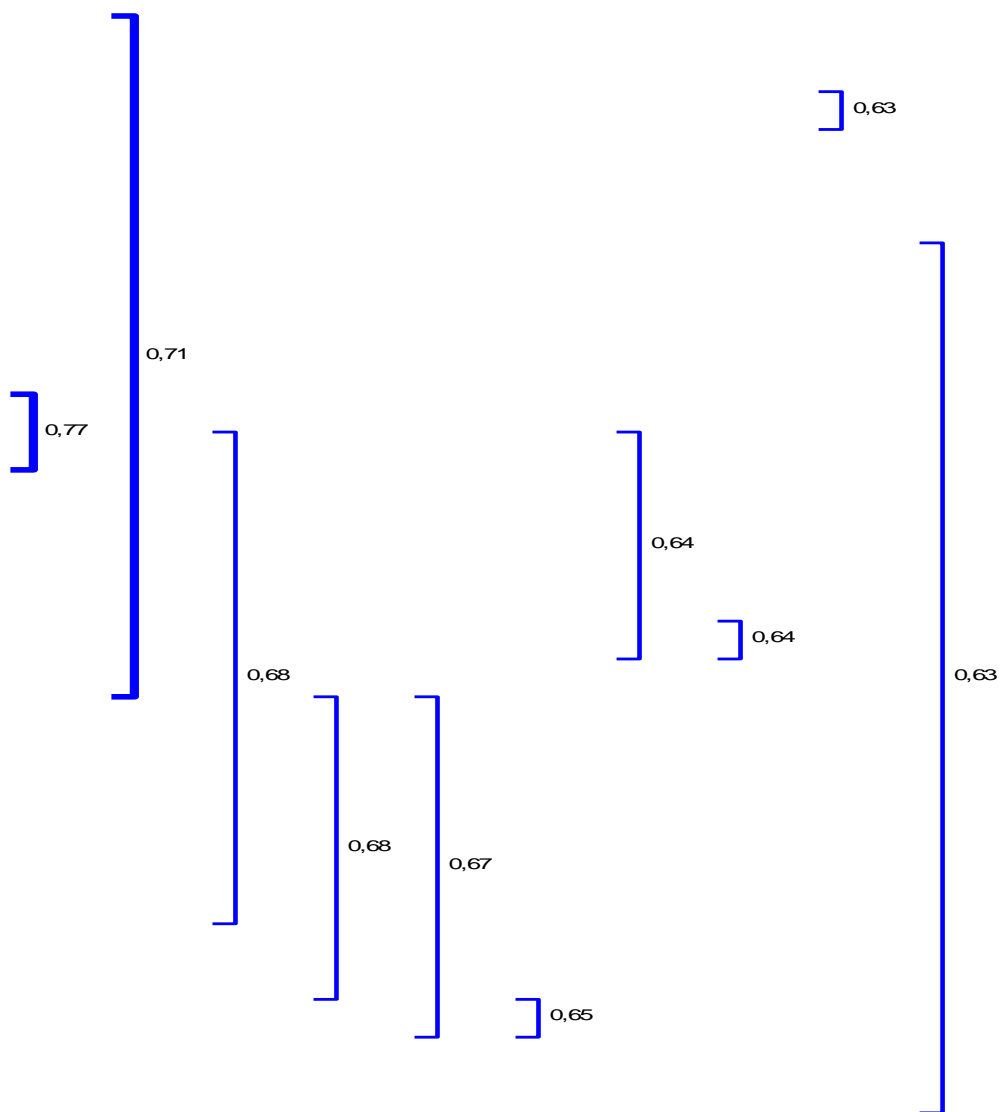
Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagn.	0,0%	0,0%	6,3%	29,2%	64,6%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	2,1%	29,8%	68,1%	100%
Dextérité	0,0%	0,0%	8,3%	47,9%	43,8%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	83,3%	100%
Guérison	12,8%	19,2%	40,4%	25,5%	2,1%	100%
Hiérarchie	10,4%	20,8%	29,2%	25,0%	14,6%	100%
Observation	0,0%	2,1%	2,1%	25,0%	70,8%	100%
Polyvalence	0,0%	0,0%	6,3%	39,6%	54,2%	100%
Rec-Sociale	27,7%	27,7%	29,8%	12,8%	2,1%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	0,0%	6,3%	25,0%	68,8%	100%
Soin Technique	2,2%	0,0%	17,4%	52,2%	28,3%	100%
Tolérance	0,0%	8,3%	18,8%	27,1%	45,8%	100%
Adaptation	0,0%	2,1%	6,4%	25,5%	66,0%	100%
Communication	0,0%	0,0%	2,1%	20,8%	77,1%	100%
Disponibilité	0,0%	0,0%	10,6%	14,9%	74,5%	100%
Education	0,0%	4,2%	10,4%	47,9%	37,5%	100%
Relation	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100%
Séc-Emploi	4,3%	4,3%	0,0%	48,9%	42,6%	100%
Hygiène	0,0%	0,0%	4,2%	18,8%	77,1%	100%
Soin Relationnel	0,0%	0,0%	4,3%	21,3%	74,5%	100%
Compétence	0,0%	6,5%	15,2%	32,6%	45,7%	100%
Aide	0,0%	6,3%	20,8%	31,3%	41,7%	100%
Connaissances	2,1%	0,0%	12,5%	41,7%	43,8%	100%
Organisation	0,0%	0,0%	4,3%	29,8%	66,0%	100%
Rigueur	0,0%	0,0%	6,3%	37,5%	56,3%	100%
Equipe	0,0%	2,1%	2,1%	31,9%	63,8%	100%
Relation Aide	0,0%	0,0%	2,1%	34,0%	63,8%	100%
Empathie	0,0%	0,0%	6,4%	23,4%	70,2%	100%
Technicité	2,1%	6,3%	16,7%	54,2%	20,8%	100%
Rés-Physique	2,1%	12,8%	21,3%	36,2%	27,7%	100%
Altruisme	0,0%	8,3%	6,3%	39,6%	45,8%	100%
Soin	0,0%	2,1%	6,4%	31,9%	59,6%	100%
Aux-Médical	25,5%	23,4%	29,8%	14,9%	6,4%	100%
Respect	0,0%	0,0%	4,2%	33,3%	62,5%	100%
Compréhension	0,0%	0,0%	21,3%	23,4%	55,3%	100%
Professionnel	0,0%	2,1%	8,5%	25,5%	63,8%	100%
Règles	6,4%	12,8%	14,9%	38,3%	27,7%	100%
Efficacité	6,4%	4,3%	14,9%	36,2%	38,3%	100%
Hôpital	6,3%	6,3%	22,9%	33,3%	31,3%	100%
Responsabilité	0,0%	0,0%	2,1%	12,5%	85,4%	100%
Soutien	0,0%	0,0%	14,6%	33,3%	52,1%	100%
Vocation	8,3%	12,5%	33,3%	27,1%	18,8%	100%
Ensemble	2,8%	4,6%	11,7%	30,5%	50,5%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de B3

Question 17

Acc
 ColI
 Dext
 Ecoute
 Guér
 Hiérar
 Obs
 Poly
 Rec Soc
 Sec Prof
 SI Tech
 Tolérance
 Adapt
 Com
 Dispo
 Educ
 Rel
 Sécu
 Hyg
 SI Rel
 Comp
 Aide
 Conn
 Org
 Rigueur
 Equipe
 Rel Aide
 Empa
 Techni
 RPhy
 Altr
 Soïn
 Aux
 Resp
 Compré
 Pro
 Règ
 Eff
 Hop
 Resp1
 Sout
 Voc



— coef.>0,85
— 0,85>coef.>0,70
— 0,70>coef.>0,50

Graphe de corrélation des RSP des ESI de B3

Question 18

	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Oui, tout à fait	NSP	TOTAL
Compét relationnelles	0,0%	2,1%	60,4%	35,4%	2,1%	100%
Compét organisationnelles	0,0%	16,7%	64,6%	18,8%	0,0%	100%
Compét techniques	4,2%	10,4%	64,6%	20,8%	0,0%	100%
Ensemble	1,4%	9,7%	63,2%	25,0%	0,7%	100%

Tableau des jugements sur le progrès dans l'acquisition des compétences par les étudiants de B3

Question 20

41 : Très belle histoire; bâtisse qui a une âme, habitée par toutes les anciennes; F.Nightingale est venue et a transmis "son art de soigner".

44 : L'engagement, la vocation

45 : Fondée par F.Nightingale, pionnière, 1ère école en France. Obligation de moyenne=14/20 pour être présentée au DE:100% réussite; ceci a fondé une partie de sa renommée

46 : École de F.Nightingale précurseur dans certains domaines: manières de faire différentes des autres IFSI

47 : Fondée au début du 20ème siècle; valeurs humaines et a souhaité longtemps présenter l'élite de la profession en s'accrochant au "to care" de F.Nightingale

48 : Existe depuis 125 ans, porte le nom de la créatrice des SI, dont les valeurs sont la base de notre métier. Important de savoir d'où on vient pour être conscients de l'image qu'on véhicule

50 : L'élitisme notoire

51 : Culture anglo-saxonne du soin due à F.Nightingale

52 : Rien

54 : Son nom et A Hamilton

55 : Un des premiers IFSI, fondé par A Hamilton, sur les concepts de F.Nightingale qui est à la base du SI. Histoire riche, ce qui fait sa réputation

56 : Histoire de F.Nightingale et VH

58 : A Hamilton

59 : Le parcours de F.Nightingale

60 : L'excellence de l'école; le nom de FN connu dans le monde entier

61 : La tradition lors de la remise des résultats du DE

63 : Ne pas oublier qui a fondé l'école, il est important de connaître comment est apparu le métier d'IDE

65 : Étudié en 1ère année; j'ai oublié

66 : F.Nightingale; cure and care

67 : La rigueur et l'abnégation de F.Nightingale

68 : F.Nightingale = care, le prendre soin

69 : F.Nightingale, PC globale du patient avec cure et care

70 : Instauration du DE par A Hamilton ou F.Nightingale

77 : Le passé religieux qui explique la qualité de la PC et valeurs humanistes; Fondation grâce à une donation: valeur de partage et de générosité

79 : École protestante; passé historique>100ans;discipline

80 : Principes de F.Nightingale institués par A Hamilton: profession proche du patient

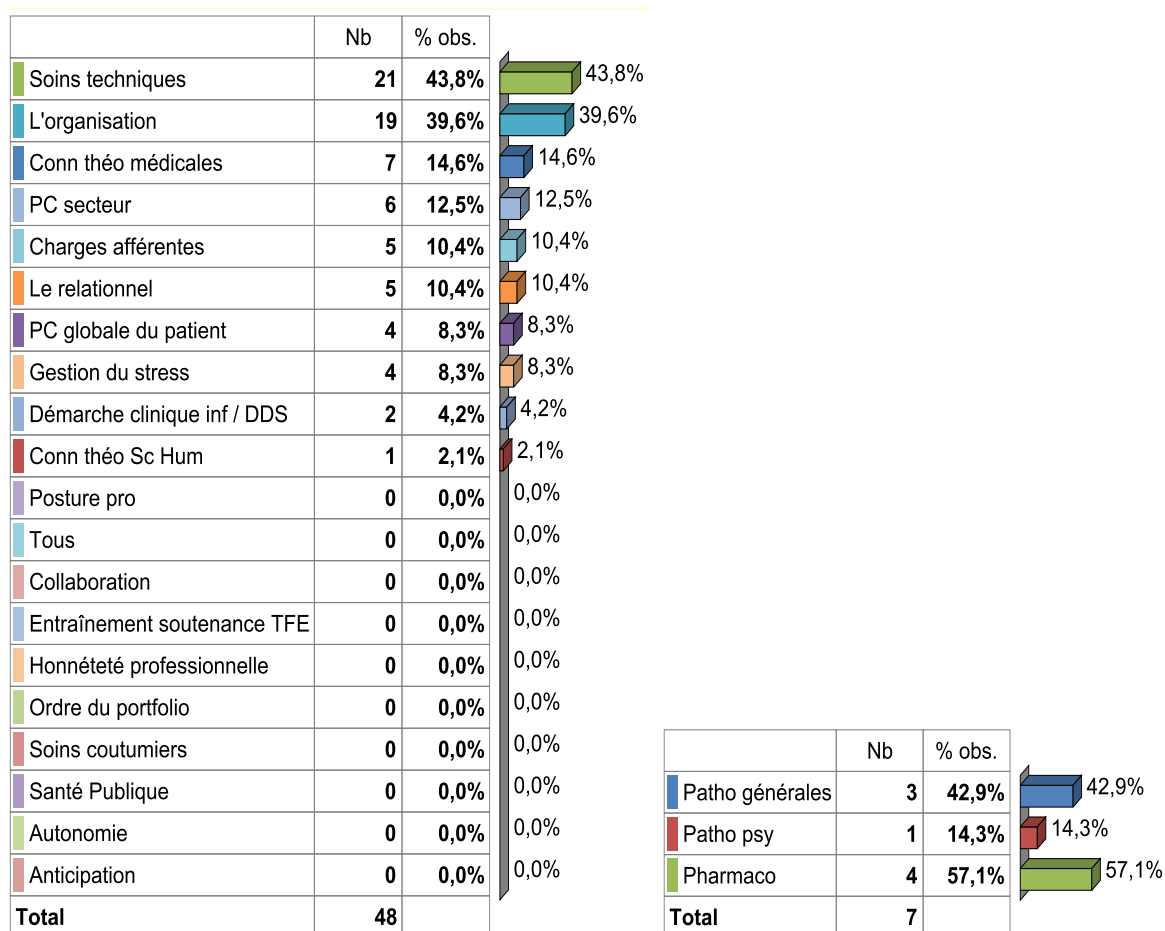
83 : Ancienne école protestante; apprentissage école/hôpital

84 : Fondée par FN

85 : Que F.Nightingale était IDE

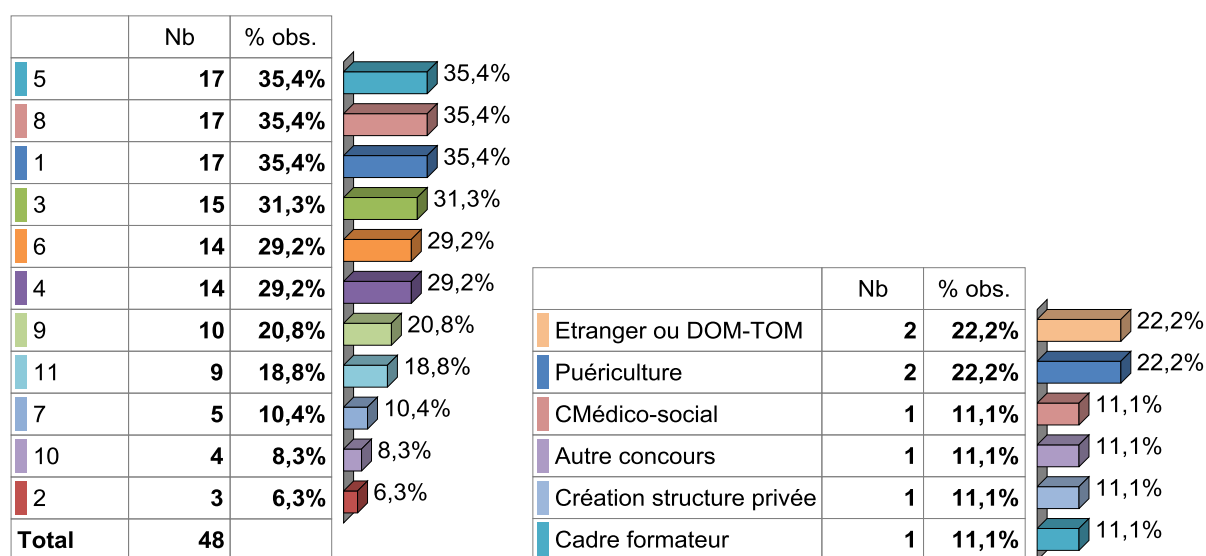
86 : Histoire riche que l'on s'applique à nous transmettre: le poids est parfois un peu lourd

Question 21



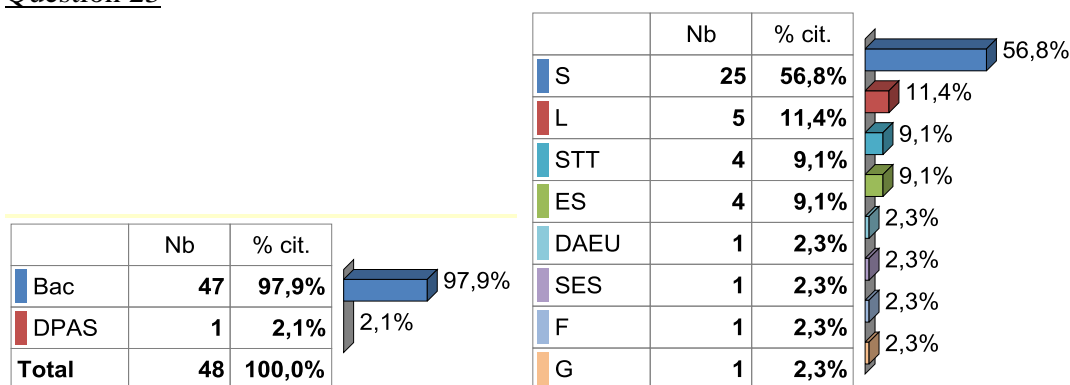
Répartition des ESI de B3 selon leurs souhaits d'approfondissement de certains apprentissages

Question 22

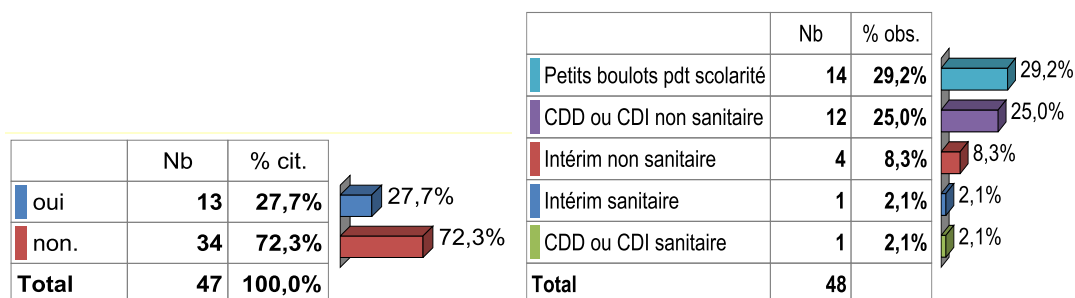


Répartition des ESI de B3 selon leurs choix de projet professionnel

Question 23



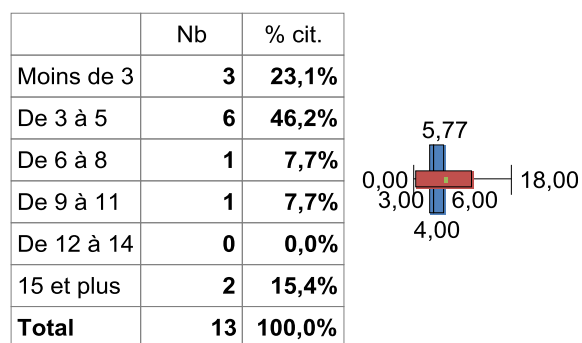
Répartition des ESI de B3 selon le diplôme d'inscription à l'IFSI (Tab.de gauche) et selon la série du baccalauréat (Tab. de droite)



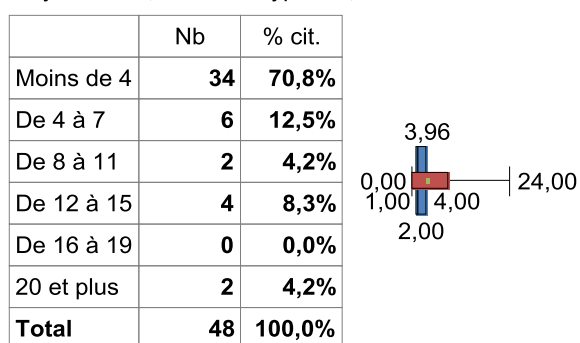
Répartition des ESI de B3 selon l'inscription en PCEM (Tab.de gauche) et selon le type de travail avant ou pendant la formation (Tab. de droite)

Question 24

Moyenne = 5,77 Ecart-type = 5,29



Moyenne = 3,96 Ecart-type = 5,51

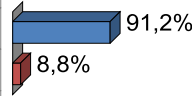


Répartition des ESI de B3 selon la durée de travail avant réorientation (Tab. de gauche) et selon la durée de scolarité avant réorientation (Tab. de droite)

Strate : Pellegrin 1^{ère} année

Questions 1 à 8

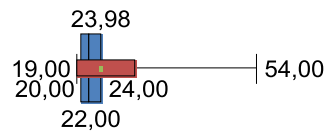
	Nb	% cit.
Féminin	52	91,2%
Masculin	5	8,8%
Total	57	100,0%



Répartition des ESI de P1 selon le sexe

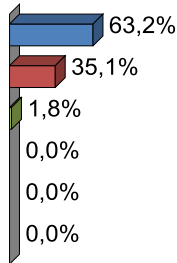
Moyenne = **23,98** Ecart-type = **6,94**

	Nb	% cit.
Moins de 24	42	73,7%
De 24 à 29	6	10,5%
De 30 à 35	5	8,8%
De 36 à 41	2	3,5%
De 42 à 47	0	0,0%
48 et plus	2	3,5%
Total	57	100,0%



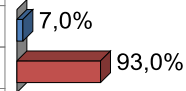
Répartition des ESI de P1 selon leur classe d'âge

	Nb	% cit.
Célibataire	36	63,2%
Vivant en couple	20	35,1%
Marié	1	1,8%
Veuf	0	0,0%
Divorcé	0	0,0%
Divorcé_	0	0,0%
Total	57	100,0%



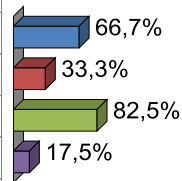
Répartition des ESI de P1 selon leur situation familiale

	Nb	% cit.
Oui	4	7,0%
Non	53	93,0%
Total	57	100,0%

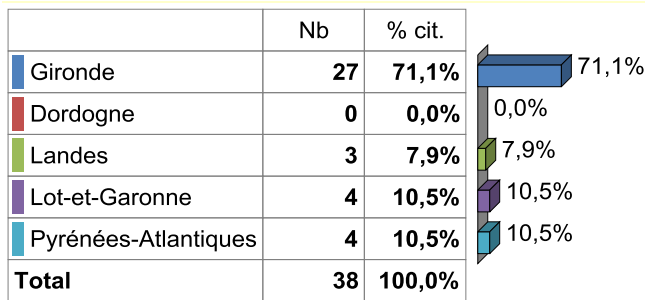


Proportion des ESI de P1 ayant ou non des enfants

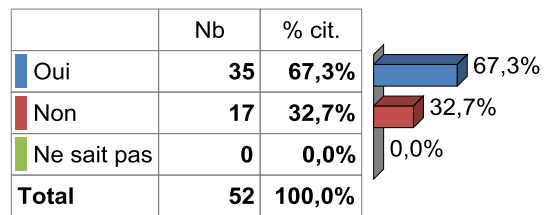
	Nb	% obs.
Aquitaine	38	66,7%
Hors Aquitaine	19	33,3%
Zone urbaine	47	82,5%
Zone rurale	10	17,5%
Total	57	



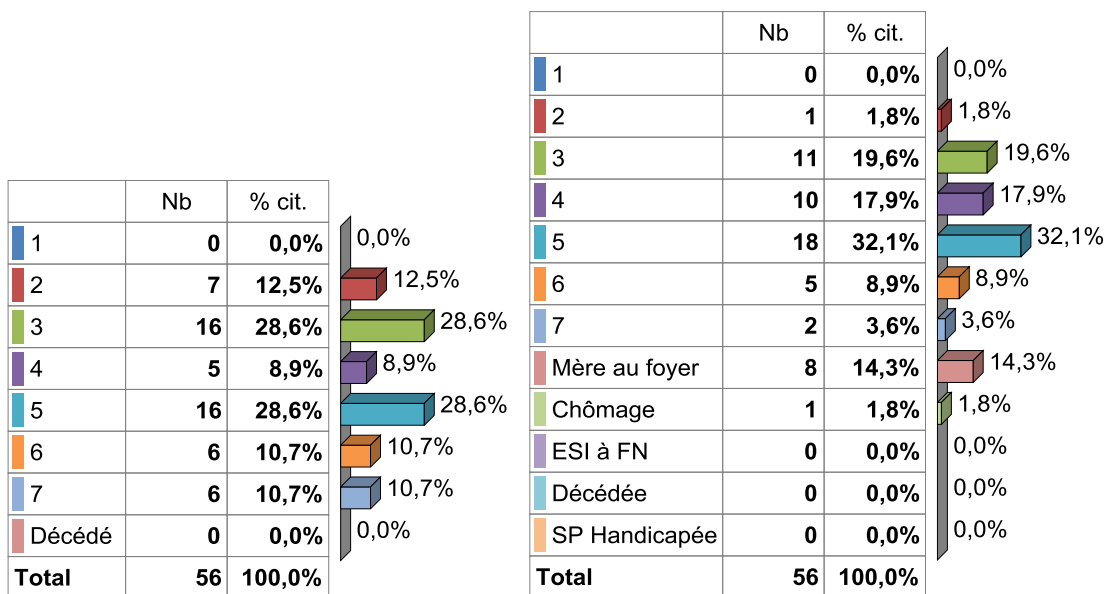
Répartition des ESI de P1 selon leur origine géographique



Répartition des ESI de P1 selon leur département d'origine

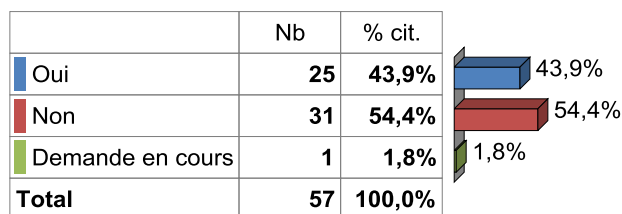


Répartition des ESI de P1 selon leur souhait de retour



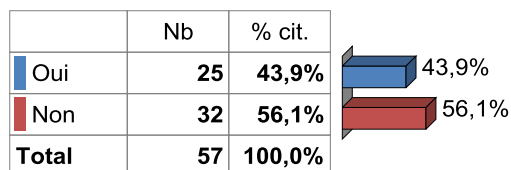
Répartition des ESI de P1 selon la PCS du père (Tab.de gauche) et selon celle de la mère (Tab.de droite)

Question 9



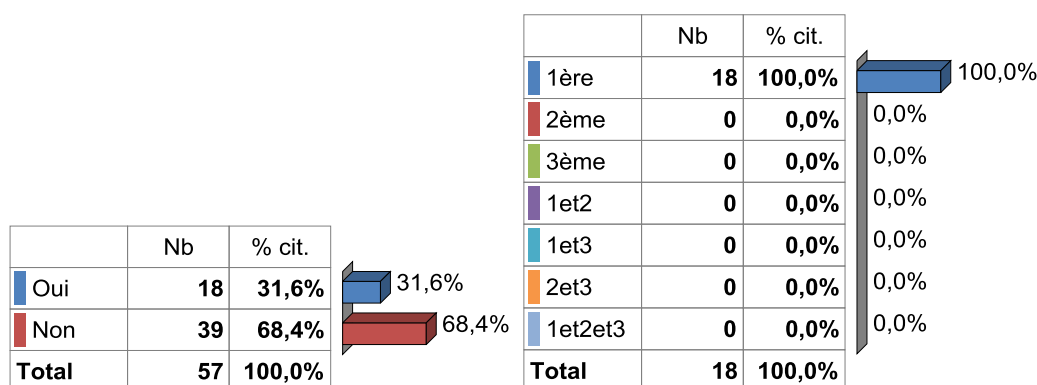
Proportion des ESI de P1 ayant bénéficié ou non d'une subvention ou bourse

Question 10a



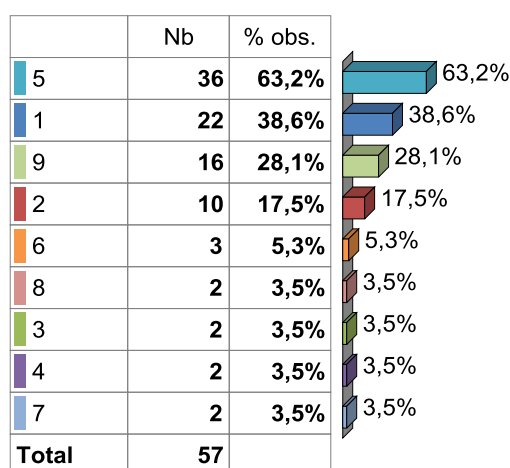
Proportion des ESI de P1 ayant suivi ou non une préparation au concours

Questions 11a et 11b



Proportion des ESI de P1 ayant travaillé pendant la formation (Tab.de gauche) et selon la période concernée (Tab.de droite)

Question 12



Répartition des ESI de P1 selon les motivations à choisir le métier

Autre motivation

- 142 : Grand intérêt pour médical et paramédical
- 150 : Valeurs miennes; contact humain
- 154 : Bcp d'hospitalisations qd petite
- 156 : Aime la communication, aider les personnes
- 159 : Assoc soin relationnel et technique
- 160 : Évolution du métier AS
- 161 : J'aime le contact avec les gens, le côté soin, psychologique
- 164 : Évolution de carrière (AS)
- 169 : Volonté individuelle de faire ce métier
- 170 : Évolution de ma carrière
- 171 : Évolution de carrière (ASH)
- 177 : J'aime l'ambiance de l'hôpital
- 179 : Besoin d'aider, de me sentir utile
- 181 : Vocation
- 185 : Vocation
- 186 : Ce métier me plaît

Question 13a

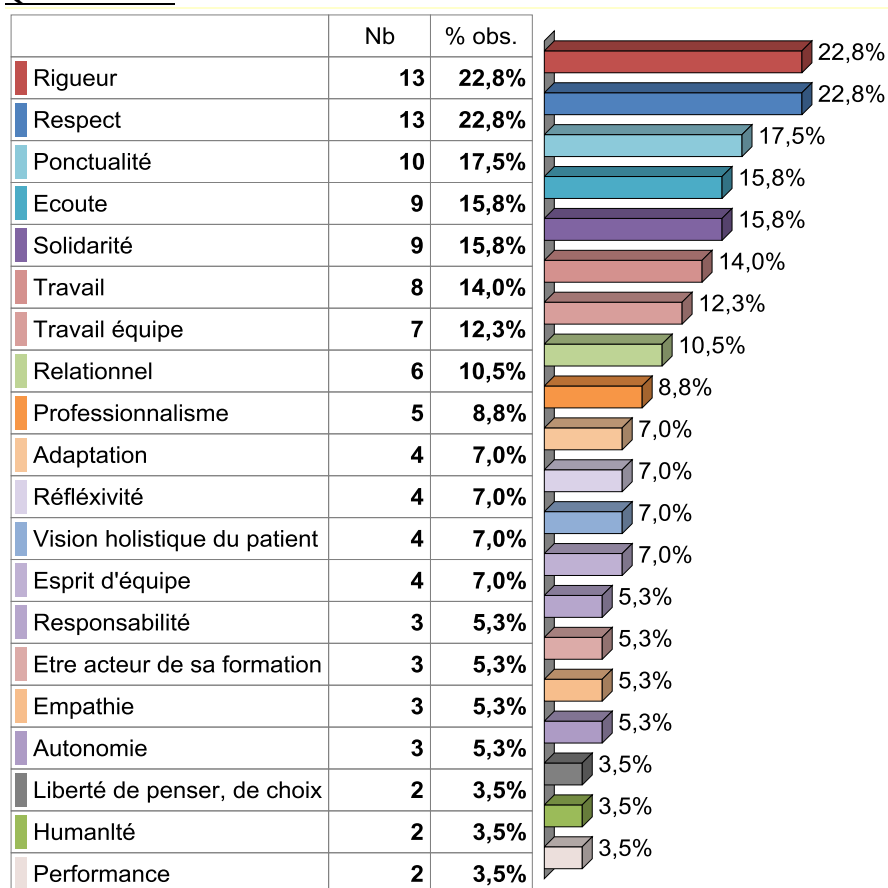
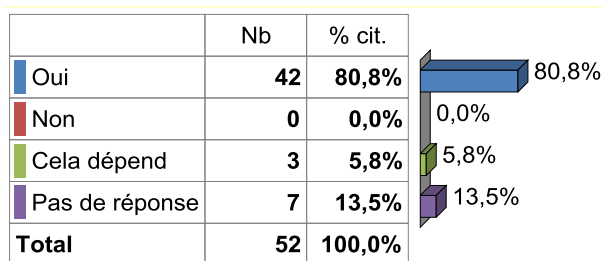


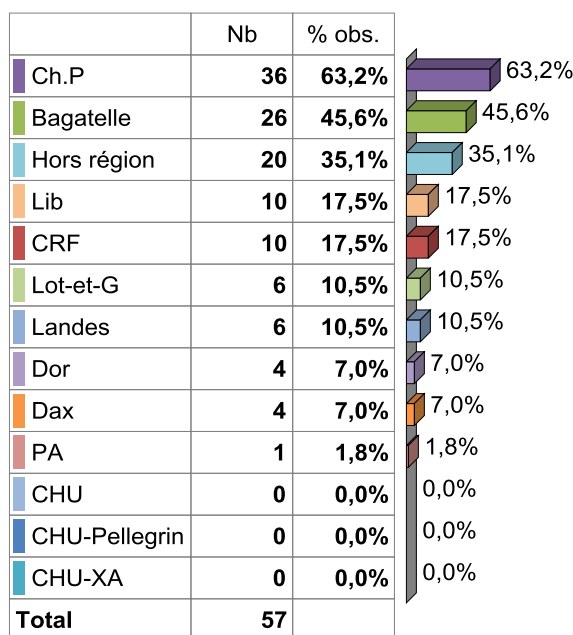
Tableau des 20 premières valeurs classées par ordre décroissant par les ESI de P 1

Question 13b



Répartition des ESI de P1 selon leur degré d'accord avec les valeurs perçues

Question 14b



Répartition des ESI de P1 selon les IFSI présentés

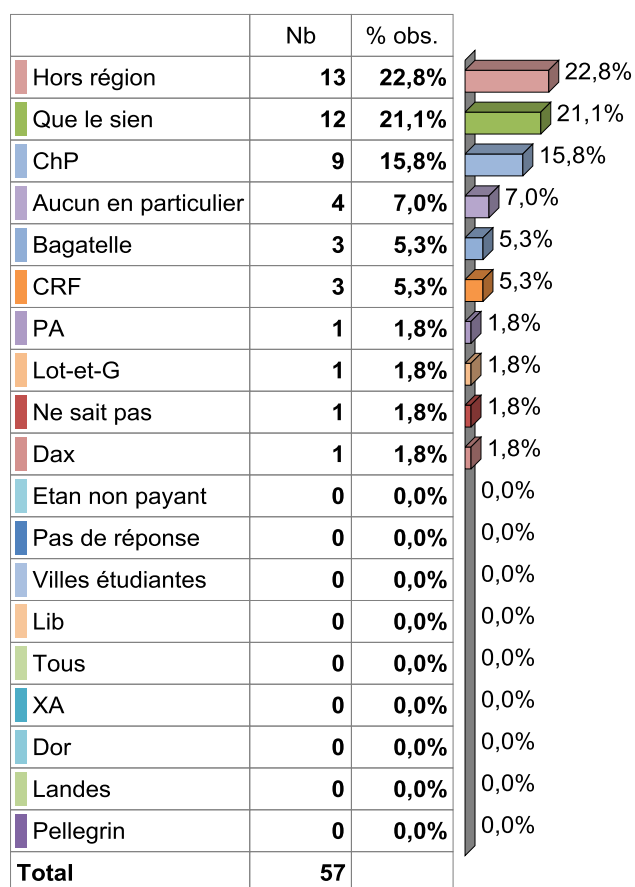
Question 15a – Raisons choix d'autres IFSI pour la formation

- 142 : Attirée par l'humanitaire
- 147 : Poitiers et Limoges: possib de logement
- 149 : Montpellier: proche Toulouse, amis et famille, cadre agréable
- 151 : Pontivy: proche du domicile
- 153 : Très attirée par la psychiatrie
- 157 : Pau: proche du domicile, mais pas de regret
- 158 : Clermont-Ferrand: se rapprocher de mon compagnon et famille
- 159 : Proximité de domicile
- 161 : ChP: moins d'étudiants; Poitiers: lieu de ma prépa
- 162 : Bons échos
- 166 : Pour les missions humanitaires
- 169 : Proche du domicile et qualité de l'enseignement
- 170 : PC des ESI différente; formateurs plus proches;; plus de travail de groupes, d'entraide
- 172 : Lieu de mon travail et de ma prépa
- 174 : Petite promo et bonne réputation de l'encadrement
- 175 : Bonne réputation
- 176 : La Réunion: toute ma famille y habite
- 179 : Car spécialisé en psy
- 182 : Axé sur la psychologie
- 183 : Réputée pour formation de qualité
- 184 : Echec
- 185 : Car je veux faire une spé
- 186 : Toulouse: ville qui me plaît co Bx
- 187 : Les missions humanitaires
- 189 : Bayonne: proche du domicile
- 191 : Orientation psy
- 194 : Toulouse: grand IFSI près d'un CHU

195 : St Nazaire: petite promo, suivi ind meilleur, accompagnement plus humain

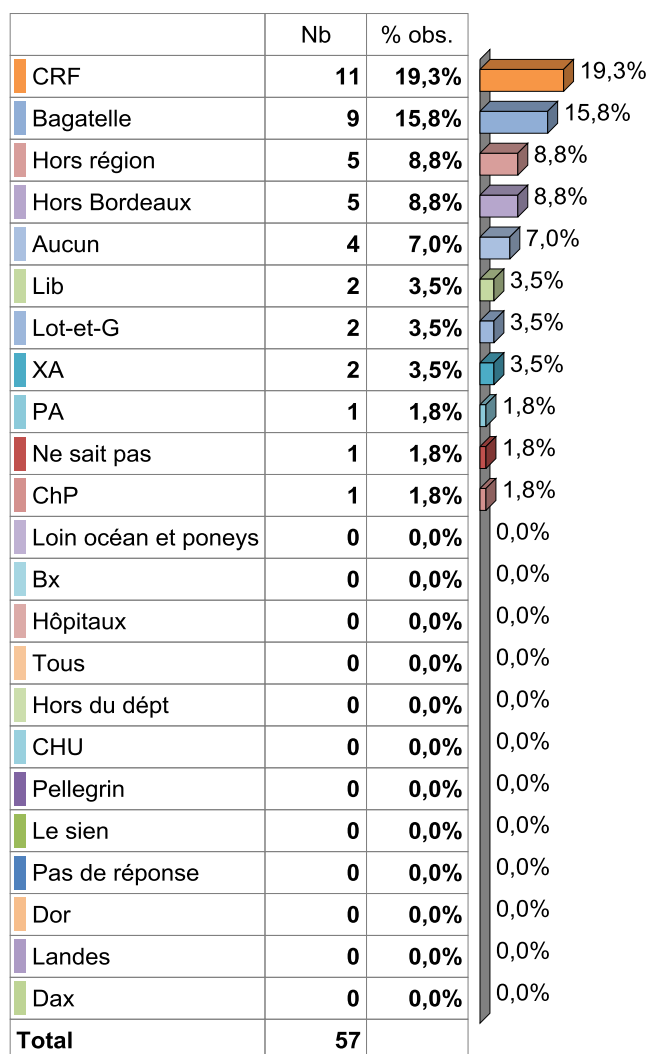
196 : Plus axé sur la psychiatrie, aide pour les révisions, plus de tps pour les partiels

197 : Aurillac: petite promo; suivi pédago meilleur, pop accueillante et chaleureuse



Répartition des ESI de P1 selon leurs autres choix d'IFSI

Question 16



Répartition des ESI de P1 selon leurs refus d'IFSI

Raisons de non choix

141 : Bagatelle: trop exigeant

142 : Pas attirée par le cadre

145 : Payant et formation moins complète

146 : Formatrices ont paru froides et peu accueillantes

147 : Tarbes: volonté d'indépendance

148 : Climat ou rythme de vie (Clermont-Ferrand et Paris)

150 : CHU de Bordeaux un des meilleurs en France, beaucoup de diversité de stages, présence famille

152 : CRF: payant; Bagatelle: n'adhère pas à ses valeurs

153 : FN: très particulier; CRF: payant

156 : Rennes: déteste la ville

162 : Je voulais changer de région tant que je le peux encore

163 : Très mauvaise réputation

164 : Je ne me suis pas posée la question

165 : Bagatelle : trop modélisante et trop sectaire

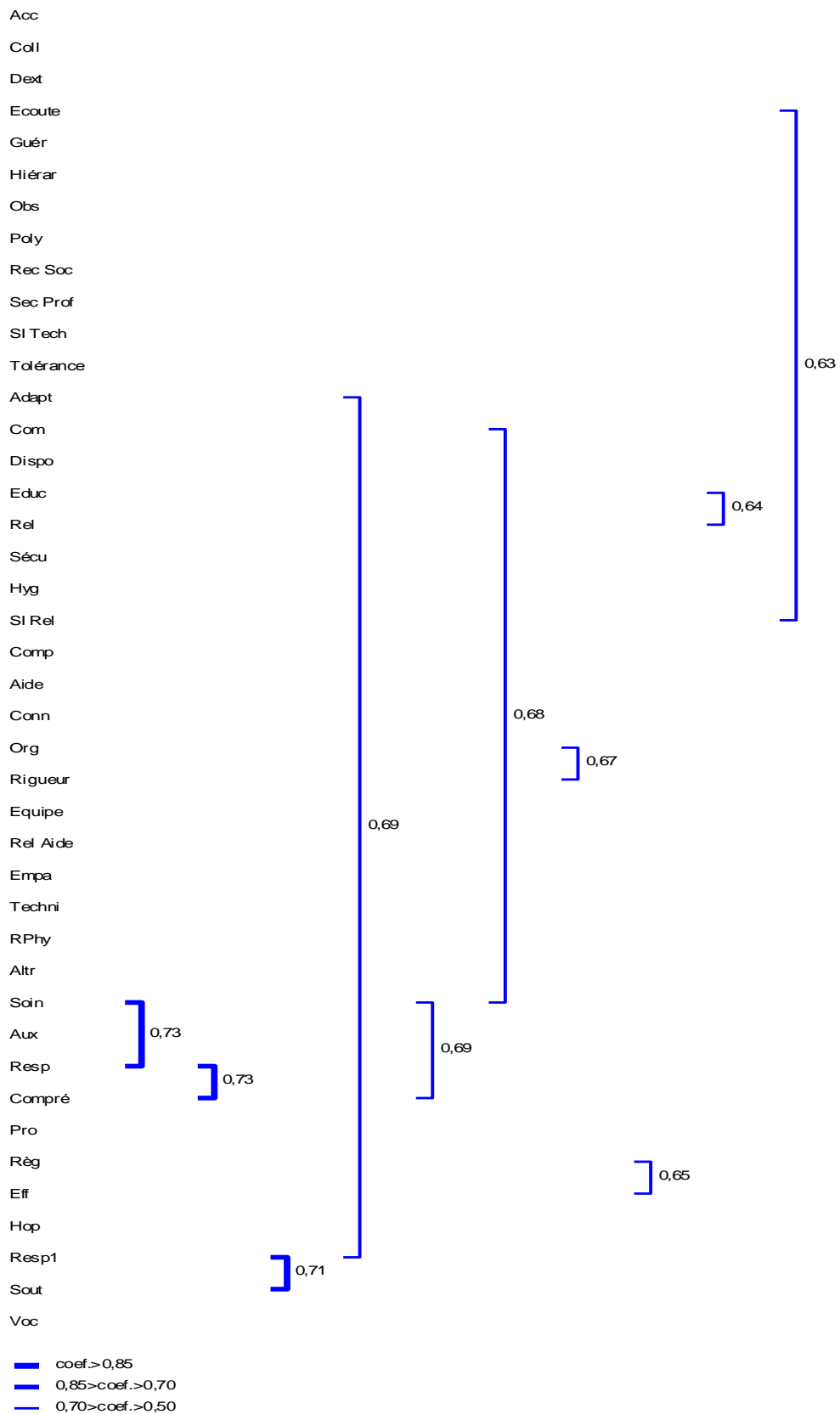
167 : Petite ville, stages moins diversifiés, trop petite promo et donc risque de maternage; je voulais rester à Bordeaux
168 : Trop éloigné
169 : Trop loin; leurs valeurs ne correspondent pas à mes attentes
170 : CRF: payant, mauvais encadrement, mauvaise réputation dans les services; Bagatelle: très bonne école, mais trop sectaire, pas d'esprit de réussite collective
171 : Pour m'en couper pendant 3 ans
173 : Payant
175 : Petites villes et stages moins divers
176 : Je connais un peu Bordeaux. Les autres régions non
177 : Poids religieux trop important
178 : Trop cher
179 : Réputation de sévérité
180 : CRF: chère; Bayonne: mauvaise réputation
182 : Payant et nécessaire d'être autonome
183 : Mauvaise réputation
186 : Paris: je n'aime pas la ville; Brest: envie de changer de ville
187 : Pour l'ambiance, l'aspect vieillot
189 : IFSI trop isolé
190 : Payant
193 : Trop loin
194 : Brive et Limoges: volonté de changer d'environnement
195 : Nantes: raisons perso

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagn.	0,0%	0,0%	3,5%	40,4%	56,1%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	8,8%	26,3%	64,9%	100%
Dextérité	0,0%	3,5%	5,3%	40,4%	50,9%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	0,0%	15,8%	84,2%	100%
Guérison	3,5%	14,0%	42,1%	29,8%	10,5%	100%
Hiérarchie	5,4%	14,3%	41,1%	28,6%	10,7%	100%
Observation	0,0%	0,0%	3,5%	15,8%	80,7%	100%
Polyvalence	1,8%	0,0%	8,8%	42,1%	47,4%	100%
Rec-Sociale	12,3%	26,3%	35,1%	17,5%	8,8%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	1,8%	8,8%	17,5%	71,9%	100%
Soin Technique	0,0%	0,0%	7,0%	36,8%	56,1%	100%
Tolérance	0,0%	3,5%	12,3%	35,1%	49,1%	100%
Adaptation	0,0%	0,0%	5,3%	31,6%	63,2%	100%
Communication	0,0%	0,0%	0,0%	26,3%	73,7%	100%
Disponibilité	0,0%	3,5%	8,8%	40,4%	47,4%	100%
Education	0,0%	3,5%	10,5%	49,1%	36,8%	100%
Relation	0,0%	1,8%	5,4%	25,0%	67,9%	100%
Séc-Emploi	1,8%	17,5%	22,8%	35,1%	22,8%	100%
Hygiène	0,0%	0,0%	5,3%	22,8%	71,9%	100%
Soin Relationnel	0,0%	0,0%	3,5%	21,1%	75,4%	100%
Compétence	0,0%	1,8%	10,5%	47,4%	40,4%	100%
Aide	0,0%	3,5%	7,0%	43,9%	45,6%	100%
Connaissances	0,0%	0,0%	5,3%	49,1%	45,6%	100%
Organisation	0,0%	1,8%	1,8%	29,8%	66,7%	100%
Rigueur	0,0%	0,0%	3,5%	33,3%	63,2%	100%
Equipe	0,0%	0,0%	1,8%	32,1%	66,1%	100%
Relation Aide	0,0%	0,0%	7,0%	35,1%	57,9%	100%
Empathie	0,0%	3,5%	14,0%	36,8%	45,6%	100%
Technicité	0,0%	1,8%	15,8%	54,4%	28,1%	100%
Rés-Physique	0,0%	5,3%	24,6%	38,6%	31,6%	100%
Altruisme	0,0%	7,1%	14,3%	35,7%	42,9%	100%
Soin	0,0%	0,0%	3,5%	28,1%	68,4%	100%
Aux-Médical	10,7%	28,6%	35,7%	16,1%	8,9%	100%
Respect	0,0%	1,8%	8,8%	21,1%	68,4%	100%
Compréhension	1,8%	0,0%	10,5%	36,8%	50,9%	100%
Professionnel	0,0%	0,0%	7,0%	38,6%	54,4%	100%
Règles	0,0%	5,3%	14,0%	43,9%	36,8%	100%
Efficacité	0,0%	3,5%	17,5%	43,9%	35,1%	100%
Hôpital	3,6%	8,9%	35,7%	35,7%	16,1%	100%
Responsabilité	0,0%	0,0%	3,5%	17,5%	79,0%	100%
Soutien	0,0%	3,5%	3,5%	33,3%	59,7%	100%
Vocation	10,5%	12,3%	29,8%	14,0%	33,3%	100%
Ensemble	1,2%	4,2%	12,2%	32,5%	49,9%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de P1

Question 17



Graphe de corrélation des RSP des ESI de P1

Question 18

	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Oui, tout à fait	NSP	TOTAL
Compét relationnelles	0,0%	1,8%	52,6%	43,9%	1,8%	100%
Compét organisationnelles	0,0%	17,5%	50,9%	28,1%	3,5%	100%
Compét techniques	5,3%	8,8%	43,9%	40,4%	1,8%	100%
Ensemble	1,8%	9,4%	49,1%	37,4%	2,3%	100%

Tableau des jugements sur le progrès dans l'acquisition des compétences par les étudiants de P1

Question 20

142 : Avant, école de gardes-malades, beaucoup de valeurs sur le prendre soin

150 : École du Tondu, école de gardes-malades; première école d'IDE

152 : Envers et contre tout; a fêté ses 100 ans en 2008; premier IFSI de Bordeaux; nonnes;

AMR: directrice pendant 30 ans

153 : Envers et contre tout

159 : Aucun

161 : La création de l'association « param'aide »

162 : Aucun

166 : Je n'en vois pas

167 : La création de l'association étudiante pour nous aider, ns représenter, créer des loisirs

170 : Mise en place du référentiel de 2009 mal organisé

173 : Création de l'association « Param'aide »

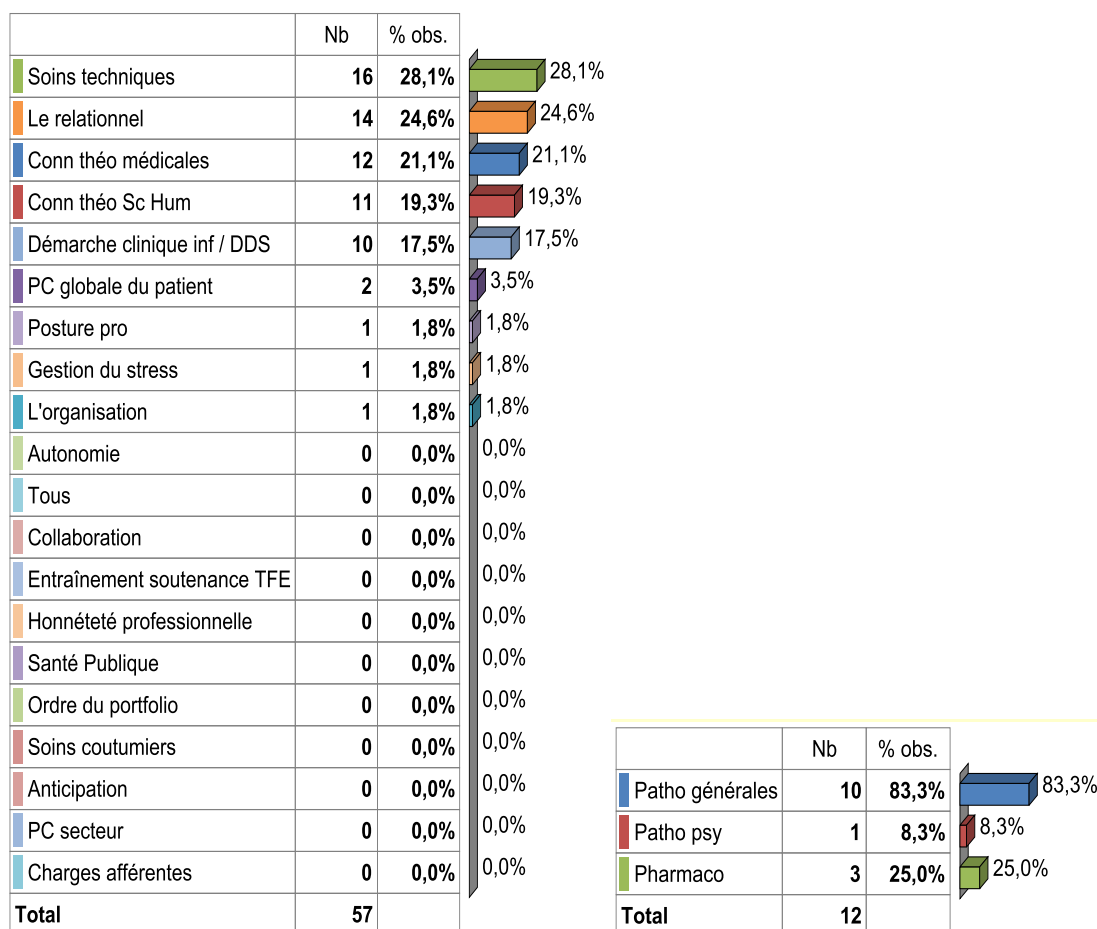
177 : Bâtiment ancien mais bien situé

179 : Création de l'association

192 : Réforme de la formation

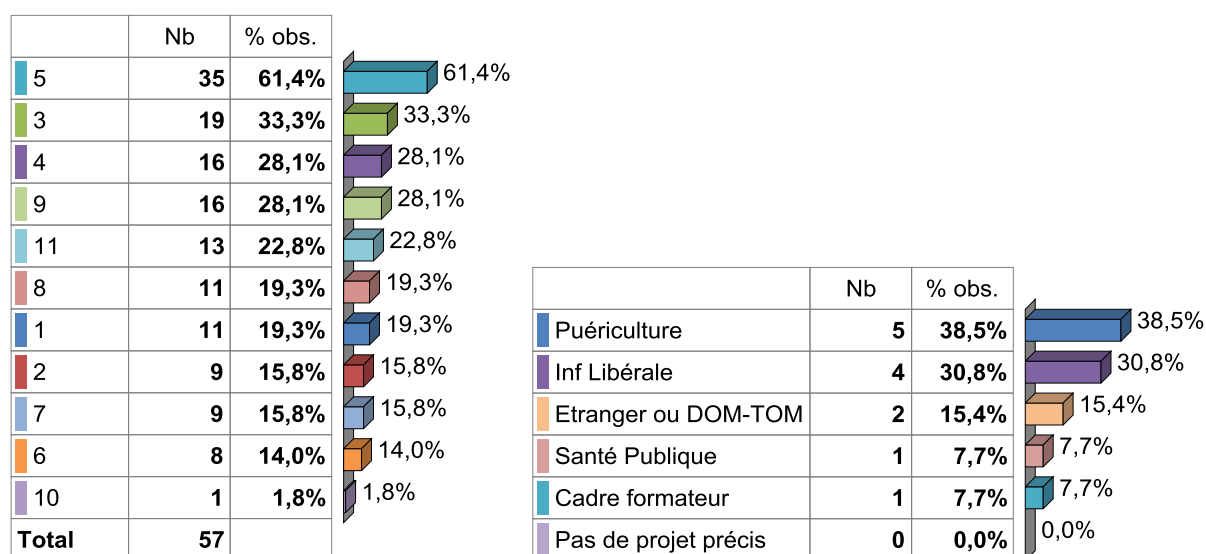
198 : Réputation très connue de l'IFSI dans la région

Question 21



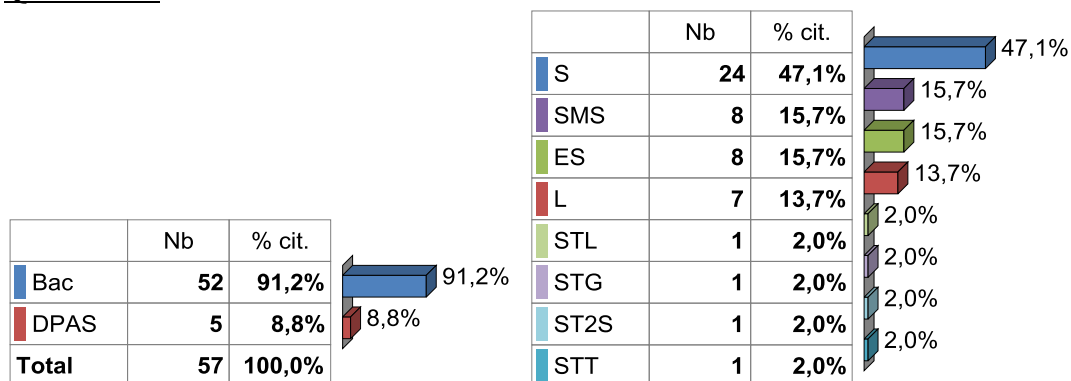
Répartition des ESI de P1 selon leurs souhaits d'approfondissement de certains apprentissages

Question 22

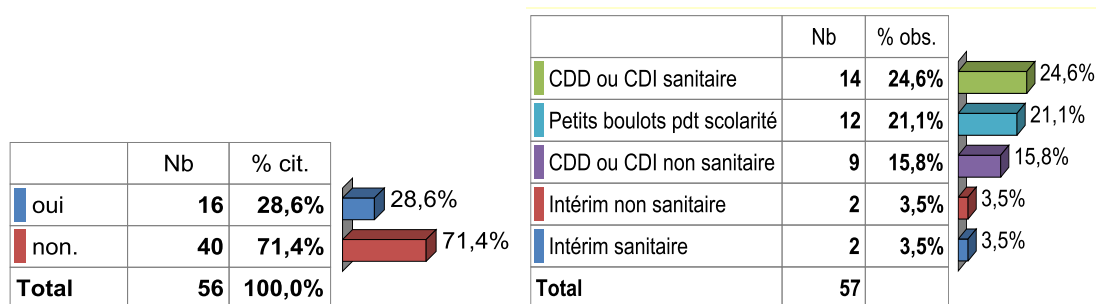


Répartition des ESI de P1 selon leurs choix de projet professionnel

Question 23



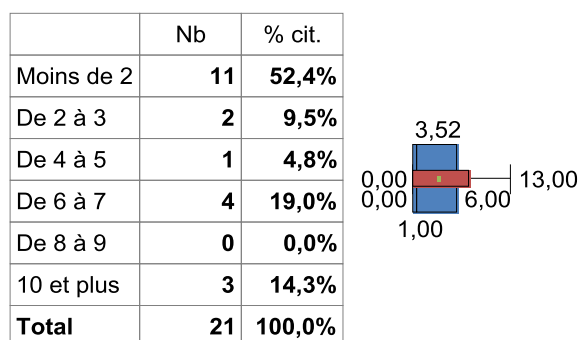
Répartition des ESI de P1 selon le diplôme d'inscription à l'IFSI (Tab.de gauche) et selon la série du baccalauréat (Tab. de droite)



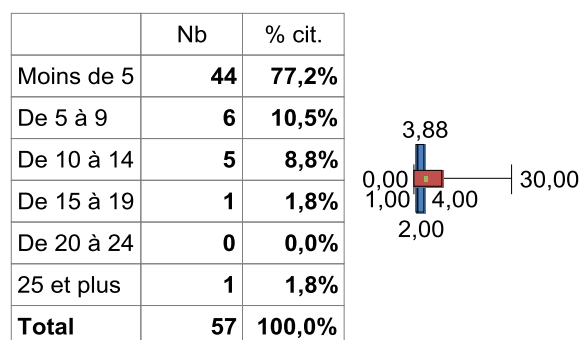
Répartition des ESI de P1 selon l'inscription en PCEM (Tab.de gauche) et selon le type de travail avant ou pendant la formation (Tab. de droite)

Question 24

Moyenne = **3,52** Ecart-type = **4,26**



Moyenne = **3,88** Ecart-type = **5,21**

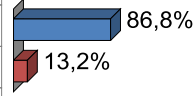


Répartition des ESI de P1 selon la durée de travail avant réorientation (Tab. de gauche) et selon la durée de scolarité avant réorientation (Tab. de droite)

Strate : Pellegrin 3^{ème} année

Questions 1 à 8

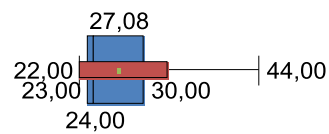
	Nb	% cit.
Féminin	46	86,8%
Masculin	7	13,2%
Total	53	100,0%



Répartition des ESI de P3 selon le sexe

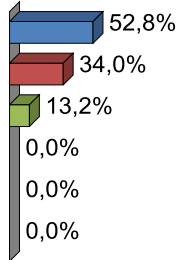
Moyenne = 27,08 Ecart-type = 5,98

	Nb	% cit.
Moins de 24	16	30,2%
De 24 à 27	23	43,4%
De 28 à 31	3	5,7%
De 32 à 35	3	5,7%
De 36 à 39	5	9,4%
40 et plus	3	5,7%
Total	53	100,0%



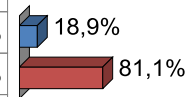
Répartition des ESI de P3 selon leur classe d'âge

	Nb	% cit.
Célibataire	28	52,8%
Vivant en couple	18	34,0%
Marié	7	13,2%
Veuf	0	0,0%
Divorcé	0	0,0%
Divorcé_	0	0,0%
Total	53	100,0%



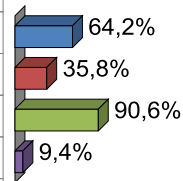
Répartition des ESI de P3 selon leur situation familiale

	Nb	% cit.
Oui	10	18,9%
Non	43	81,1%
Total	53	100,0%

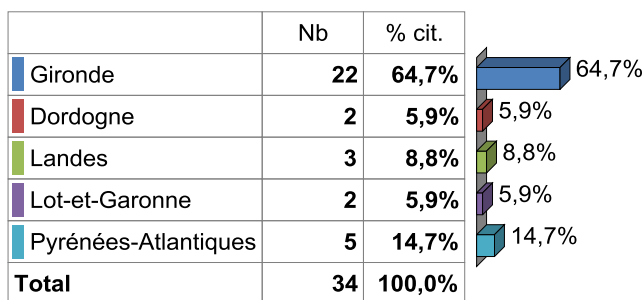


Proportion des ESI de P3 ayant ou non des enfants

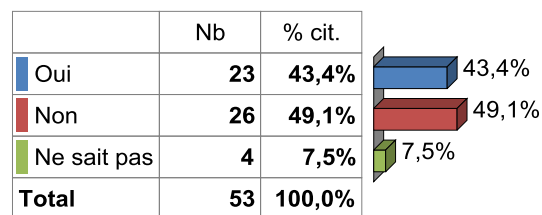
	Nb	% obs.
Aquitaine	34	64,2%
Hors Aquitaine	19	35,8%
Zone urbaine	48	90,6%
Zone rurale	5	9,4%
Total	53	



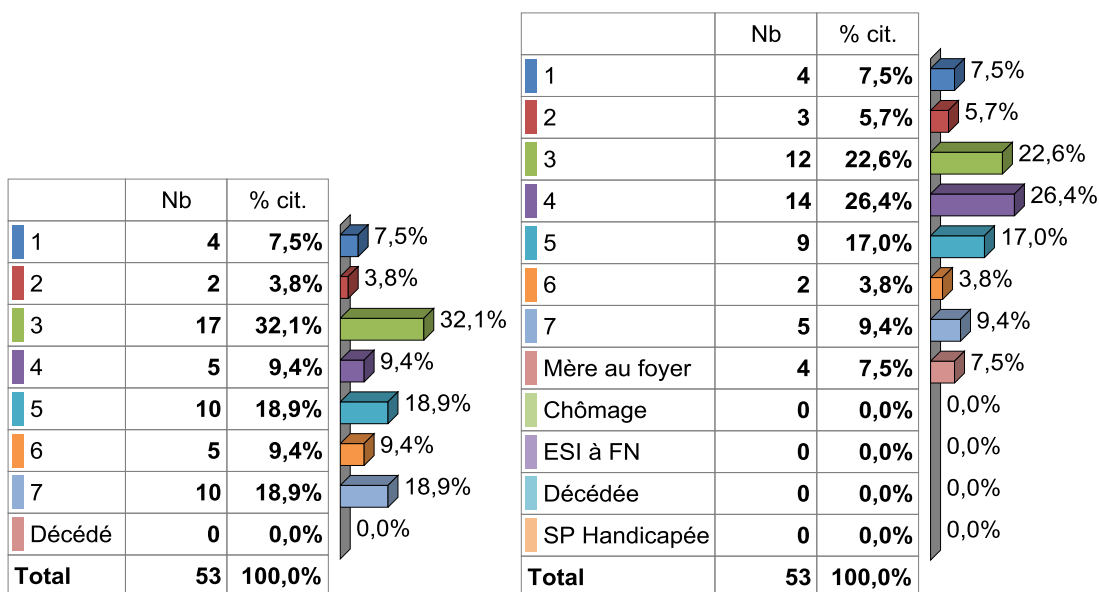
Répartition des ESI de P3 selon leur origine géographique



Répartition des ESI de P3 selon leur département d'origine

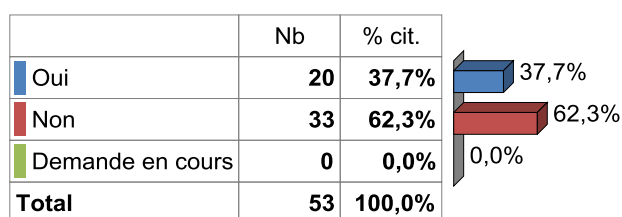


Répartition des ESI de P3 selon leur souhait de retour



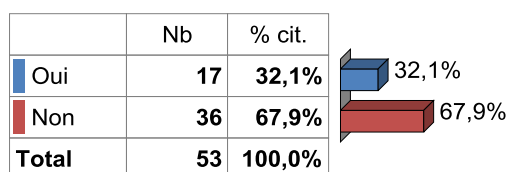
Répartition des ESI de P3 selon la PCS du père (Tab.de gauche) et selon celle de la mère (Tab.de droite)

Question 9



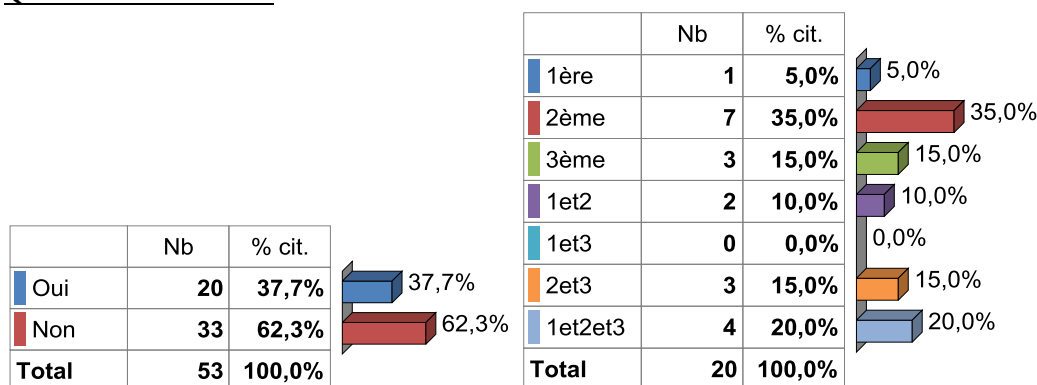
Proportion des ESI ce P3 ayant bénéficié ou non d'une subvention ou bourse

Question 10a



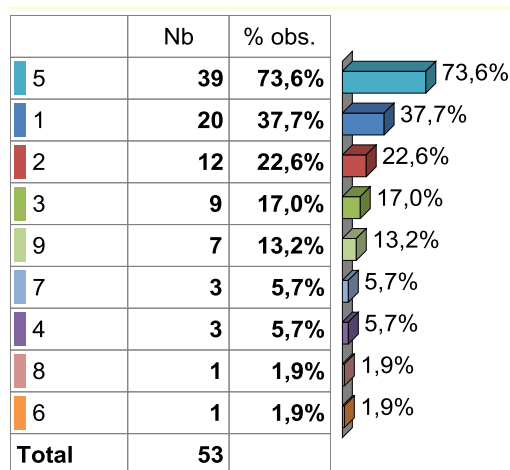
Proportion des ESI ce P3 ayant suivi ou non une préparation au concours

Questions 11a et 11b



Proportion des ESI de P3 ayant travaillé pendant la formation (Tab.de gauche) et selon la période concernée (Tab.de droite)

Question 12



Répartition des ESI de P3 selon leurs motivations à choisir le métier

Autre motivation

93 : Changement de mode d'ex: libéral à salarié

98 : Sécurité de l'emploi

121 : Échec médecine, aime le monde des soins

127 : Envie depuis l'enfance qui ne s'explique pas

130 : Formation médicale et physiologique

139 : Contact humain

140 : envie de changer de métier, dans la relation et dimension technique

Question 13a

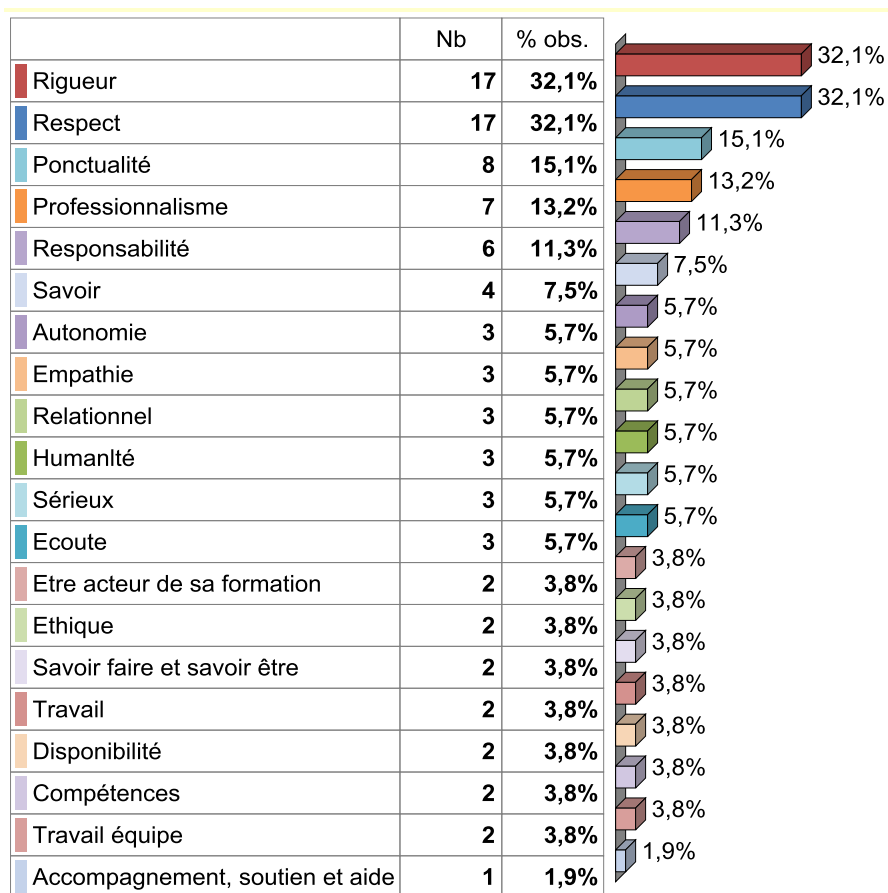
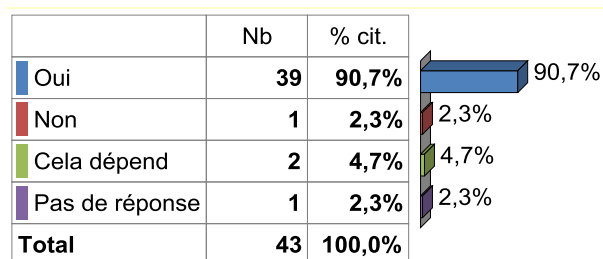


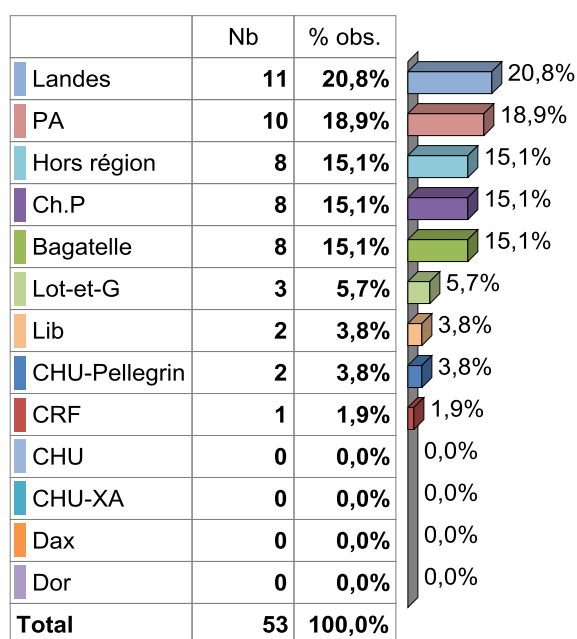
Tableau des 20 premières valeurs classées par ordre décroissant par les ESI de P3

Question 13b



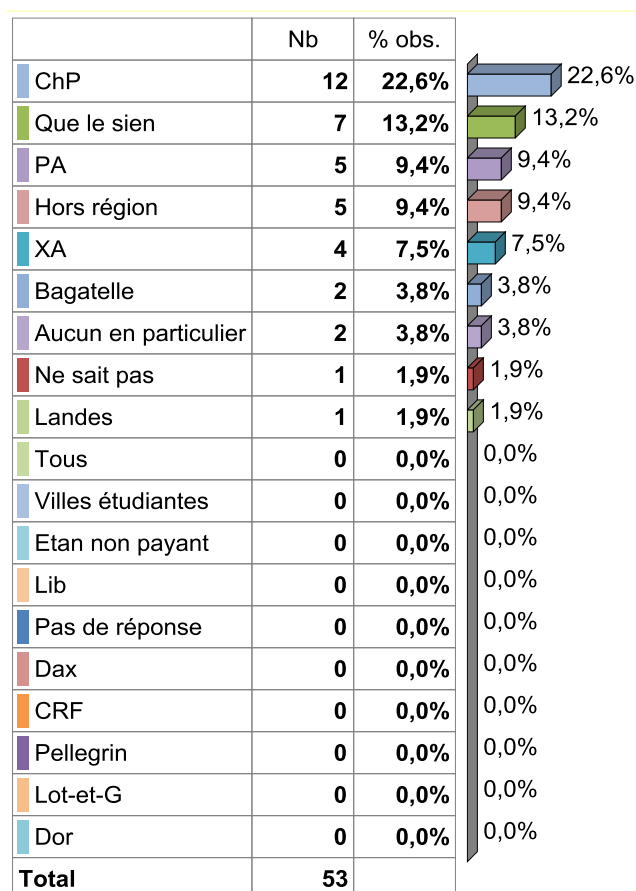
Répartition des ESI de P3 selon leur degré d'accord avec les valeurs perçues

Question 14b



Répartition des ESI de P3 selon les IFSI présentés

Question 15a

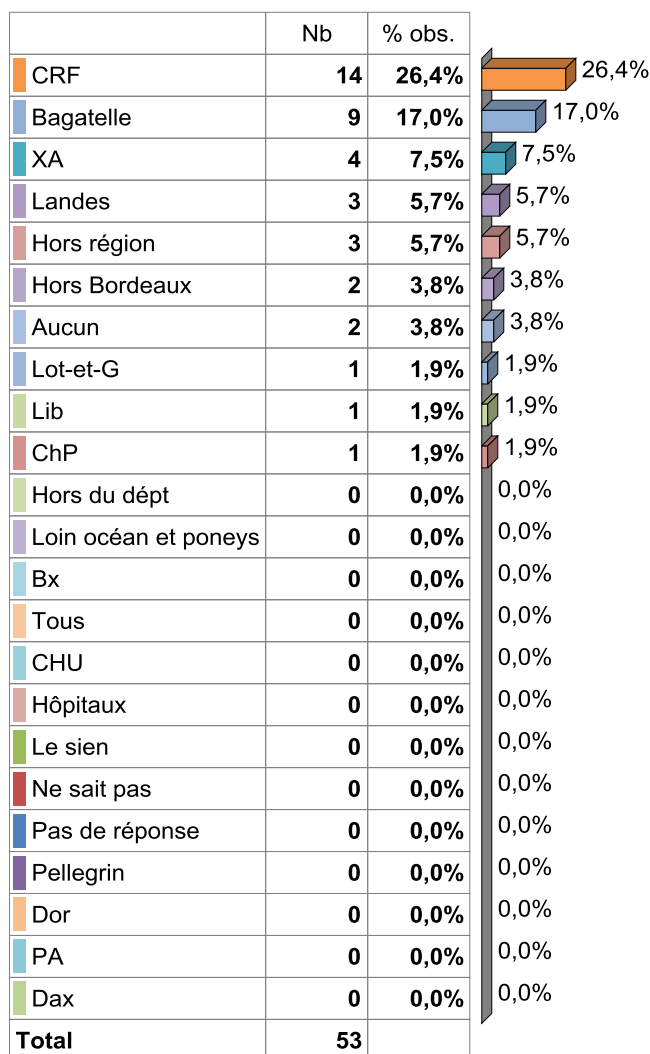


Répartition des ESI de P3 selon leurs autres choix d'IFSI

Raisons choix

- 89 : Proximité du domicile
- 94 : Volonté e suivre formation ici
- 95 : Proche domicile
- 96 : Orientation psy; XA: ouvert
- 98 : Proche du domicile
- 101 : Facilité d'accès
- 104 : Proche du domicile
- 106 : Plus proche du domicile
- 108 : ChP: selon rumeur, plus convivial car promo plus petite
- 111 : On a peur de ce qu'on ne connaît pas
- 112 : Cadre favorisant la formation, espaces verts agréables
- 113 : FN: petite promo, plus conviviale; ChP: j'adhère à ses valeurs
- 114 : Ranguet: plus proche du domicile
- 115 : Pour la convivialité entre formateurs et ESI
- 117 : Côté plus psy de la formation et beaucoup d'échanges entre formateurs et ESI
- 118 : Plus proche du domicile
- 119 : Côté psy
- 120 : Dans le Sud pour le climat
- 121 : Dans une grande ville avec des CH: grands services, spécifiques; bons stages et donc formation la plus complète
- 122 : Réputé pour son cadre; DDS formative avant les MSP
- 123 : Plus proche du domicile
- 124 : Toulouse: beaucoup d'amis et plus proche de mon domicile
- 128 : Toulouse: ville plus chaleureuse; climat moins humide
- 129 : Petite promo, esprit famille
- 130 : Formateurs plus sensibles aux difficultés des ESI
- 131 : Bayonne: logement gratuit familial, plage, Espagne
- 132 : Jamais posé cette question: ChP: cond très agréables; Bagatelle: réputation meilleure école de Bx
- 135 : XA: cadre plus agréable; ChP: petite promo, formation plus
- 137 : ChP: enseignants plus ouverts d'esprit, à l'écoute, soutiennent plus les ESI
- 139 : Plus petite promo et bonne réputation

Question 16



Répartition des ESI de P3 selon leurs refus d'IFSI

Raisons non choix

89 : Bagatelle, XA: trop loin; CRF: payant

95 : Peu importe, j'ai traversé la France pour entrer en IFSI

96 : Réputation très stricte

98 : Ceux qui sont à plus de 2 H de Bayonne

100 : Mauvaise réputation

101 : Réputation, représentation religieuse

104 : Tous ceux trop loin du domicile

106 : Ville inconnue, pas d'amis

107 : CRF: payant, peu de crédit auprès des soignants, les ESI achètent leur DE; Bagatelle: mauvaise réputation (durs, peu aimables, trop exigeants)

108 : CRF: payant; XA: trop loin; Bagatelle: privée

110 : Payant

111 : Trop strict et rigide

113 : École privée et payante

116 : Besoin de s'éloigner des parents

117 : Payant
118 : Tarbes: ville et cadre peu attractifs
119 : Strict
120 : Dans le Nord (climat, pollution)
121 : Mère connue comme bonne IDE, ne voulais pas être comparée à elle; les autres allaient ou me casser ou me favoriser
124 : Paris: trop loin; petites villes: formation dans un grand hôpital
127 : Payant et mal situé
129 : Trop loin du domicile
130 : Payant (1200/an)
131 : CRF: mauvaise réputation; MdeMarsan: pas revenir chez Maman
132 : Xavier-Arnozan: très mauvaise réputation; CRF: payant et mauvaise réputation
133 : Mentalité spéciale
135 : Mauvaise réputation
137 : Payant et moins de moyens
138 : Peu intéressé par la psychiatrie
139 : Payant et mauvaise réputation

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagn.	0,0%	1,9%	1,9%	37,7%	58,5%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	7,6%	24,5%	67,9%	100%
Dextérité	0,0%	0,0%	5,7%	35,9%	58,5%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	0,0%	11,3%	88,7%	100%
Guérison	9,4%	24,5%	41,5%	20,8%	3,8%	100%
Hiérarchie	1,9%	11,3%	26,4%	45,3%	15,1%	100%
Observation	0,0%	0,0%	3,8%	28,3%	67,9%	100%
Polyvalence	0,0%	0,0%	11,3%	34,0%	54,7%	100%
Rec-Sociale	18,9%	22,6%	28,3%	28,3%	1,9%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	0,0%	0,0%	20,8%	79,3%	100%
Soin Technique	0,0%	0,0%	9,4%	45,3%	45,3%	100%
Tolérance	0,0%	3,8%	5,7%	26,4%	64,2%	100%
Adaptation	0,0%	0,0%	3,8%	17,0%	79,3%	100%
Communication	0,0%	1,9%	0,0%	20,8%	77,4%	100%
Disponibilité	1,9%	0,0%	13,2%	30,2%	54,7%	100%
Education	1,9%	1,9%	20,8%	39,6%	35,9%	100%
Relation	0,0%	0,0%	0,0%	22,6%	77,4%	100%
Séc-Emploi	3,8%	5,7%	18,9%	35,9%	35,9%	100%
Hygiène	0,0%	0,0%	3,8%	17,0%	79,3%	100%
Soin Relationnel	0,0%	0,0%	0,0%	28,3%	71,7%	100%
Compétence	0,0%	0,0%	7,7%	44,2%	48,1%	100%
Aide	0,0%	0,0%	13,2%	32,1%	54,7%	100%
Connaissances	0,0%	0,0%	3,9%	51,9%	44,2%	100%
Organisation	0,0%	0,0%	1,9%	30,8%	67,3%	100%
Rigueur	0,0%	0,0%	5,8%	19,2%	75,0%	100%
Equipe	0,0%	0,0%	3,9%	38,5%	57,7%	100%
Relation Aide	0,0%	1,9%	5,7%	17,0%	75,5%	100%
Empathie	0,0%	0,0%	5,7%	20,8%	73,6%	100%
Technicité	0,0%	1,9%	13,5%	38,5%	46,2%	100%
Rés-Physique	1,9%	3,8%	26,4%	35,9%	32,1%	100%
Altruisme	0,0%	3,9%	11,8%	37,3%	47,1%	100%
Soin	0,0%	1,9%	1,9%	26,4%	69,8%	100%
Aux-Médical	5,8%	23,1%	26,9%	36,5%	7,7%	100%
Respect	1,9%	0,0%	5,8%	23,1%	69,2%	100%
Compréhension	0,0%	0,0%	9,6%	36,5%	53,9%	100%
Professionnel	0,0%	0,0%	7,7%	36,5%	55,8%	100%
Règles	0,0%	0,0%	23,1%	44,2%	32,7%	100%
Efficacité	0,0%	0,0%	7,6%	47,2%	45,3%	100%
Hôpital	1,9%	7,6%	26,4%	24,5%	39,6%	100%
Responsabilité	1,9%	0,0%	1,9%	17,0%	79,3%	100%
Soutien	0,0%	5,8%	1,9%	38,5%	53,9%	100%
Vocation	24,5%	13,2%	13,2%	26,4%	22,6%	100%
Ensemble	1,8%	3,3%	10,2%	30,7%	54,0%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des ESI de P3

Question 18

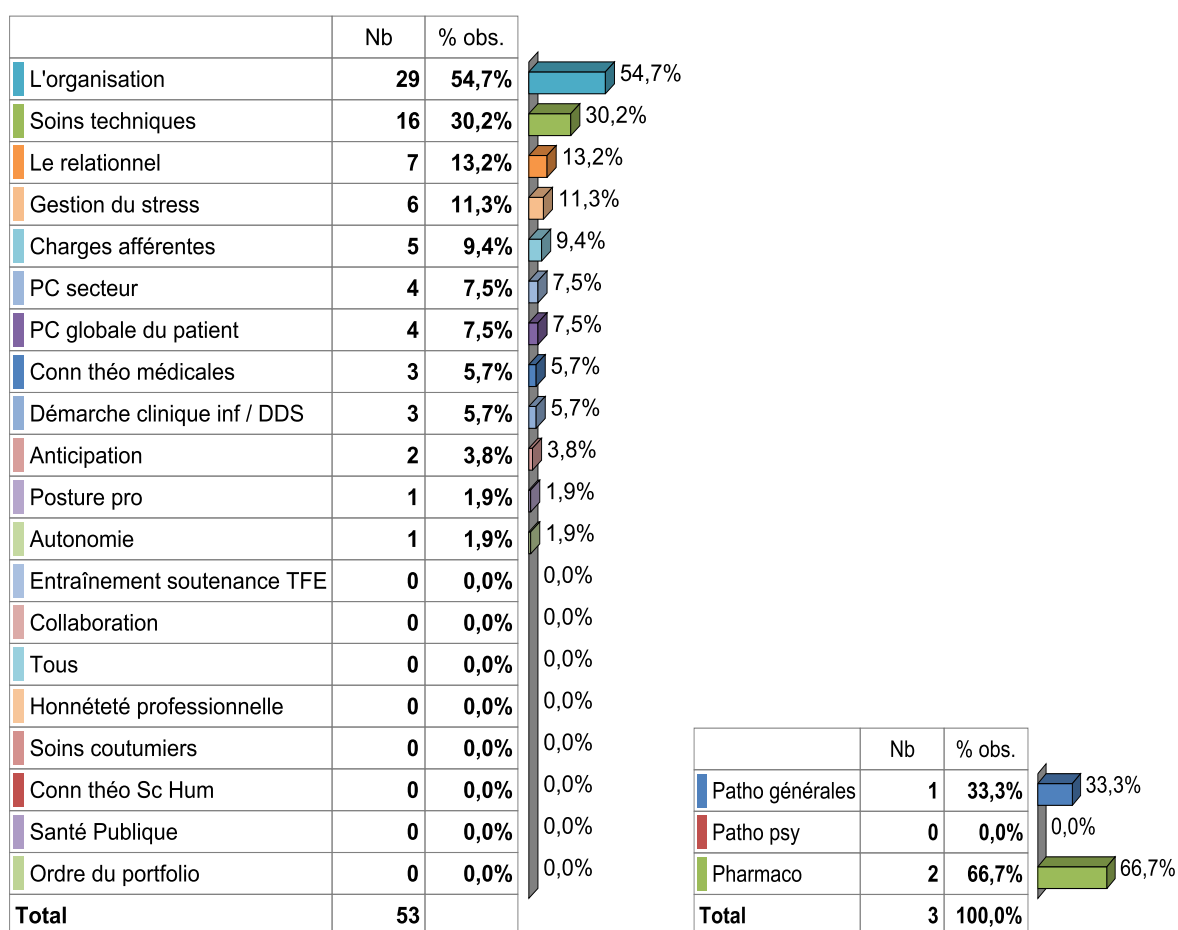
	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Oui, tout à fait	TOTAL
Compét relationnelles	0,0%	11,3%	43,4%	45,3%	100%
Compét organisationnelles	1,9%	13,2%	77,4%	7,6%	100%
Compét techniques	0,0%	5,7%	66,0%	28,3%	100%
Ensemble	0,6%	10,1%	62,3%	27,0%	100%

Tableau des jugements sur le progrès dans l'acquisition des compétences par les étudiants de P 3

Question 20

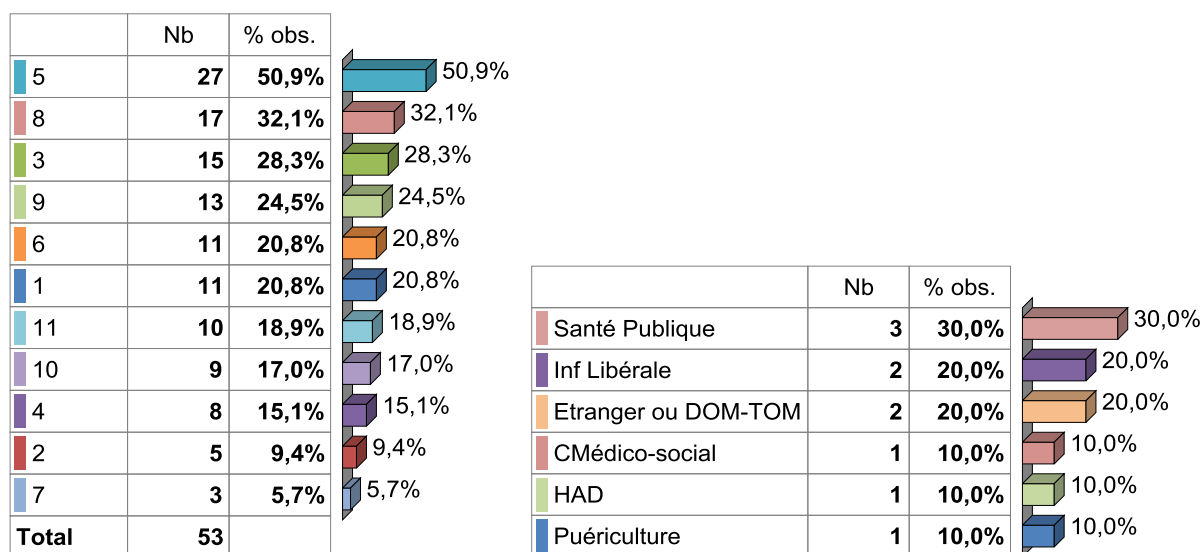
- 90 : Pas penchée sur l'histoire de l'IFSI
- 91 : Départ à la retraite d'AMR (ancienne directrice)
- 92 : Aucune idée
- 93 : Longévité d'AMR
- 96 : Lien avec les bonnes sœurs
- 98 : Aucun à part le départ d'AMR
- 102 : Lutte pour obtention droits et reconnaissance
- 109 : Changement de politique permettant les stages hors métropole
- 113 : Campagne de vaccination de 2009; Nouvelle directrice; Nouvelle formation
- 114 : Nouvelle directrice; création de l'association des ESI
- 117 : Nouveau mobilier; Création de l'association; Changement de directrice
- 118 : Changement de directrice
- 119 : Changement de directrice
- 120 : Changement de directrice
- 121 : Dépend du CHU, bons stages et qualité des intervenants
- 123 : Je ne connais l'histoire de l'IFSI
- 129 : Changement de directrice
- 131 : Première école nationale publique
- 133 : Changement de directrice
- 134 : Changement de directrice
- 135 : Changement de directrice: changements plus ou moins positifs
- 137 : Remboursement des frais kilométriques
- 138 : Première école laïque de Bordeaux
- 140 : Je ne connais pas vraiment l'histoire de mon IFSI

Question 21



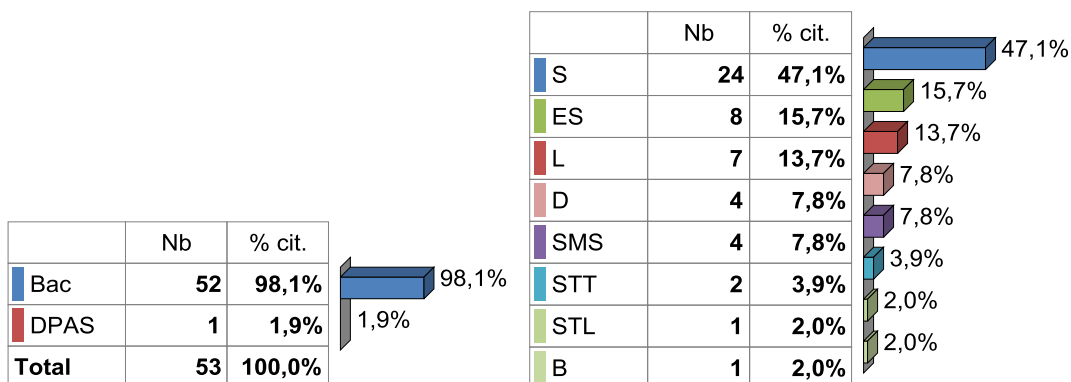
Répartition des ESI de P3 selon leurs souhaits d'approfondissement de certains apprentissages

Question 22

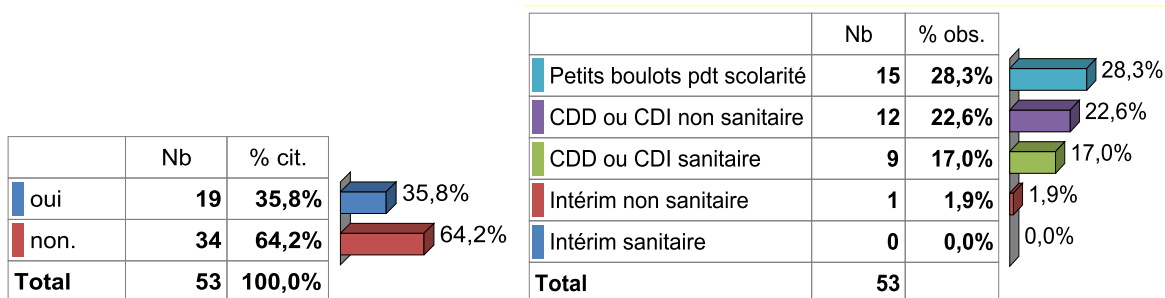


Répartition des ESI de P3 selon leurs choix de projet professionnel

Question 23



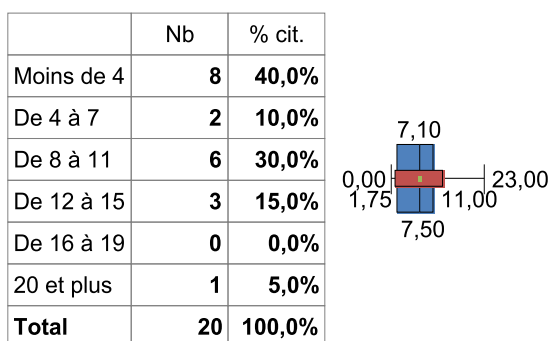
Répartition des ESI de P3 selon le diplôme d'inscription à l'IFSI (Tab.de gauche) et selon la série du baccalauréat (Tab. de droite)



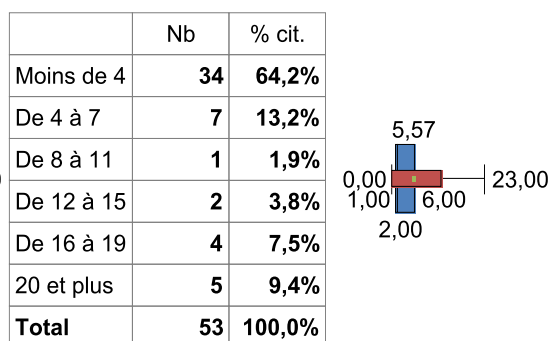
Répartition des ESI de P3 selon l'inscription en PCEM (Tab.de gauche) et selon le type de travail avant ou pendant la formation (Tab. de droite)

Question 24

Moyenne = 7,10 Ecart-type = 6,11



Moyenne = 5,57 Ecart-type = 7,02



Répartition des ESI de P3 selon la durée de travail avant réorientation (Tab. de gauche) et selon la durée de scolarité avant réorientation (Tab. de droite)

Question 17

Strate : Étudiantes (genre féminin)

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagnement	0,5%	0,5%	3,3%	30,0%	65,8%	100%
Collaboration	0,2%	0,5%	3,1%	30,3%	66,0%	100%
Dextérité	0,0%	0,7%	8,4%	38,4%	52,5%	100%
Ecoute	0,0%	0,0%	0,9%	14,5%	84,5%	100%
Guérison	4,9%	14,8%	39,4%	29,6%	11,3%	100%
Hiérarchie	7,5%	14,8%	34,6%	31,1%	12,0%	100%
Observation	0,2%	0,5%	2,8%	29,7%	66,7%	100%
Polyvalence	0,7%	2,1%	10,6%	35,7%	50,9%	100%
Rec-Sociale	13,2%	22,5%	35,9%	19,3%	9,2%	100%
Sec-Professionnel	0,2%	1,4%	3,8%	15,9%	78,7%	100%
Soin Technique	0,5%	1,4%	11,3%	37,6%	49,3%	100%
Tolérance	0,0%	3,3%	9,1%	29,3%	58,3%	100%
Adaptation	0,0%	0,9%	6,6%	24,7%	67,8%	100%
Communication	0,0%	0,2%	1,9%	19,7%	78,2%	100%
Disponibilité	0,5%	2,1%	10,5%	28,1%	58,8%	100%
Education	0,5%	3,8%	13,6%	43,6%	38,6%	100%
Relation	0,0%	0,9%	3,0%	21,8%	74,2%	100%
Séc-Emploi	2,1%	7,5%	21,1%	34,3%	35,0%	100%
Hygiène	0,0%	0,7%	2,1%	17,8%	79,4%	100%
Soin Relationnel	0,0%	0,7%	2,3%	19,9%	77,1%	100%
Compétence	0,0%	1,2%	13,4%	37,0%	48,4%	100%
Aide	0,2%	2,3%	11,0%	34,7%	51,8%	100%
Connaissances	0,2%	1,2%	5,4%	43,4%	49,8%	100%
Organisation	0,0%	0,5%	3,3%	30,6%	65,7%	100%
Rigueur	0,0%	0,2%	5,4%	26,5%	67,8%	100%
Equipe	0,0%	0,2%	5,2%	31,1%	63,4%	100%
Relation Aide	0,2%	0,5%	5,4%	28,9%	65,0%	100%
Empathie	0,2%	1,9%	8,9%	30,5%	58,5%	100%
Technicité	0,5%	3,3%	18,1%	45,1%	33,1%	100%
Rés-Physique	1,6%	5,9%	24,6%	39,6%	28,3%	100%
Altruisme	0,2%	4,0%	15,1%	39,0%	41,6%	100%
Soin	0,0%	0,9%	4,3%	27,4%	67,5%	100%
Aux-Médical	9,3%	21,1%	35,4%	22,8%	11,4%	100%
Respect	0,2%	2,6%	4,0%	21,1%	72,1%	100%
Compréhension	0,2%	1,6%	12,2%	38,0%	47,9%	100%
Professionnel	0,7%	0,9%	10,4%	33,9%	54,1%	100%
Règles	0,9%	4,7%	16,5%	41,2%	36,7%	100%
Efficacité	0,9%	2,6%	14,3%	39,1%	43,1%	100%
Hôpital	4,2%	11,7%	31,2%	29,3%	23,5%	100%
Responsabilité	0,2%	0,2%	1,2%	19,0%	79,4%	100%
Soutien	0,5%	3,5%	7,8%	33,1%	55,2%	100%
Vocation	14,1%	14,8%	25,5%	22,3%	23,4%	100%
Ensemble	1,6%	3,9%	12,0%	30,1%	52,5%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différents items des RSP des étudiantes

Question 17

Accompagnement

Collaboration

Dextérité

Ecoute

Guérison

Hiérarchie

Observation

Polyalence

Rec-Sociale

Sec-Professionnel

Soin Technique

Tolérance

Adaptation

Communication

Disponibilité

Education

Relation

Séc-Emploi

Hygiène

Soin Relationnel

Compétence

Aide

Connaissances

Organisation

Rigueur

Equipe

Relation Aide

Empathie

Technicité

Rés-Physique

Altruïsme

Soin

Aux-Médical

Respect

Compréhension

Professionnel

Règles

Efficacité

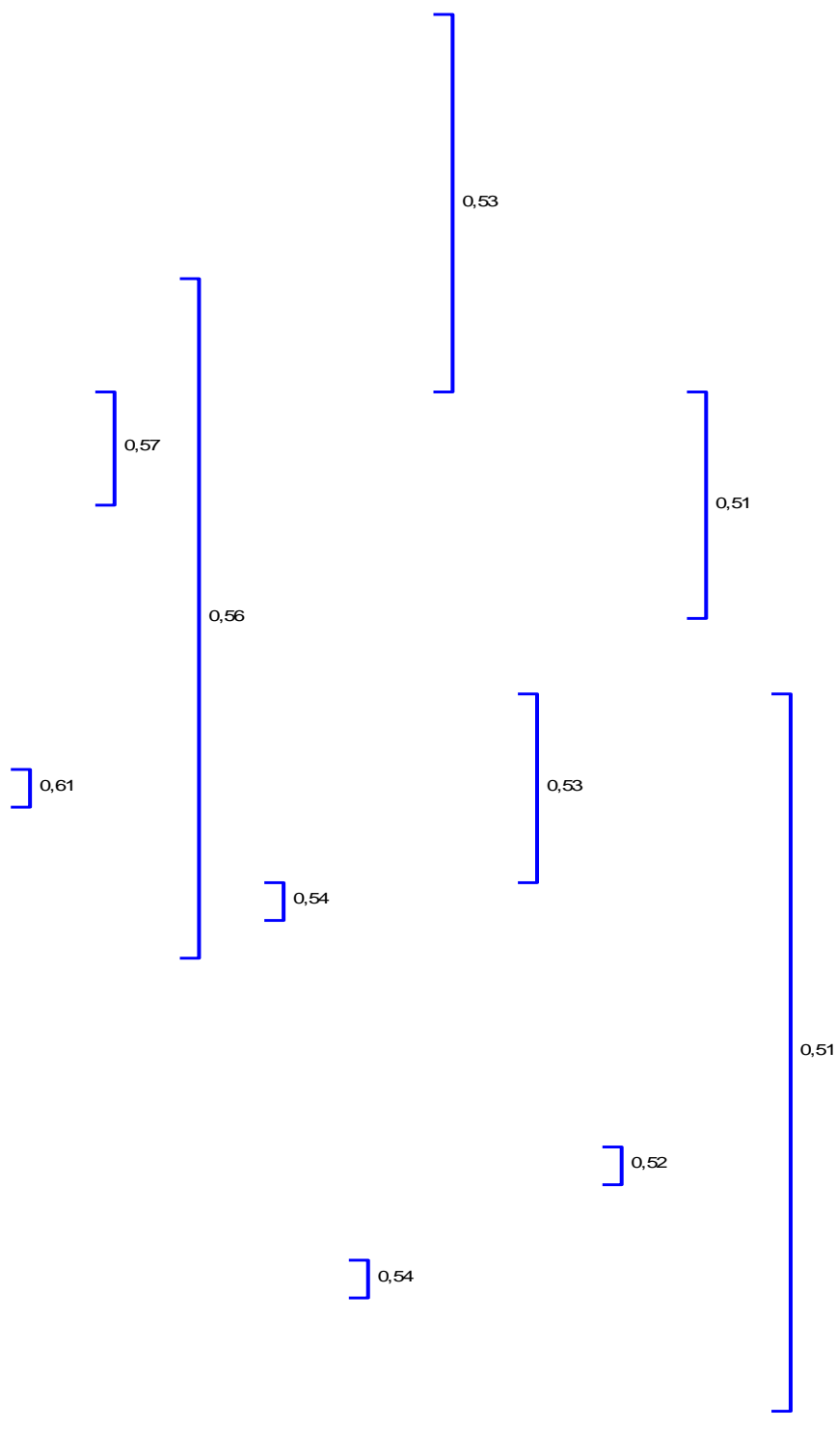
Hôpital

Responsabilité

Soutien

Vocation

- █ coef.>0,75
- █ 0,75>coef.>0,70
- █ 0,70>coef.>0,45



Graphe de corrélation des RSP des étudiantes

Strate : Étudiants (genre masculin)

Question 17

	Peu caract.	Assez peu caract.	Moyennement caract.	Plutôt caract.	Très caract.	TOTAL
Accompagnement	0,0%	3,1%	6,3%	46,9%	43,8%	100%
Collaboration	0,0%	0,0%	7,8%	46,9%	45,3%	100%
Dextérité	0,0%	4,7%	10,9%	43,8%	40,6%	100%
Ecoute	1,6%	0,0%	3,1%	26,2%	69,2%	100%
Guérison	7,9%	9,5%	38,1%	34,9%	9,5%	100%
Hiérarchie	7,8%	14,1%	34,4%	34,4%	9,4%	100%
Observation	0,0%	1,5%	9,2%	32,3%	56,9%	100%
Polyvalence	0,0%	4,6%	13,9%	38,5%	43,1%	100%
Rec-Sociale	17,5%	27,0%	31,8%	17,5%	6,4%	100%
Sec-Professionnel	0,0%	4,7%	14,1%	28,1%	53,1%	100%
Soin Technique	0,0%	3,2%	25,4%	42,9%	28,6%	100%
Tolérance	4,7%	4,7%	12,5%	39,1%	39,1%	100%
Adaptation	1,6%	0,0%	12,5%	39,1%	46,9%	100%
Communication	0,0%	3,1%	4,7%	43,8%	48,4%	100%
Disponibilité	1,6%	3,2%	15,9%	44,4%	34,9%	100%
Education	1,6%	4,7%	25,0%	51,6%	17,2%	100%
Relation	0,0%	1,6%	3,2%	36,5%	58,7%	100%
Séc-Emploi	6,3%	9,4%	10,9%	31,3%	42,2%	100%
Hygiène	0,0%	0,0%	12,5%	26,6%	60,9%	100%
Soin Relationnel	1,6%	1,6%	6,4%	31,8%	58,7%	100%
Compétence	1,6%	6,3%	10,9%	48,4%	32,8%	100%
Aide	1,6%	3,1%	14,1%	59,4%	21,9%	100%
Connaissances	3,1%	1,6%	12,5%	51,6%	31,3%	100%
Organisation	0,0%	1,6%	6,4%	46,0%	46,0%	100%
Rigueur	0,0%	1,6%	6,4%	42,9%	49,2%	100%
Equipe	0,0%	4,8%	7,9%	46,0%	41,3%	100%
Relation Aide	1,6%	0,0%	11,3%	40,3%	46,8%	100%
Empathie	1,6%	3,2%	11,1%	41,3%	42,9%	100%
Technicité	0,0%	11,1%	17,5%	49,2%	22,2%	100%
Rés-Physique	8,1%	14,5%	29,0%	32,3%	16,1%	100%
Altruisme	3,1%	6,3%	15,6%	48,4%	26,6%	100%
Soin	0,0%	0,0%	4,8%	47,6%	47,6%	100%
Aux-Médical	9,5%	27,0%	28,6%	30,2%	4,8%	100%
Respect	1,6%	1,6%	14,3%	41,3%	41,3%	100%
Compréhension	1,6%	4,8%	17,5%	44,4%	31,8%	100%
Professionnel	0,0%	1,6%	6,4%	54,0%	38,1%	100%
Règles	3,2%	4,8%	15,9%	52,4%	23,8%	100%
Efficacité	3,2%	3,2%	12,9%	54,8%	25,8%	100%
Hôpital	3,2%	14,3%	25,4%	33,3%	23,8%	100%
Responsabilité	0,0%	1,6%	4,7%	42,2%	51,6%	100%
Soutien	3,2%	1,6%	19,1%	47,6%	28,6%	100%
Vocation	23,8%	17,5%	15,9%	25,4%	17,5%	100%
Ensemble	2,9%	5,5%	14,4%	40,8%	36,4%	100%

Tableau présentant la caractérisation des différentes variables des RSP des étudiants

