



Le sentiment identitaire professionnel

Laurence Appriou-Ledesma

► To cite this version:

Laurence Appriou-Ledesma. Le sentiment identitaire professionnel. Education. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2018. Français. NNT: 2018CNAM1186 . tel-01933285

HAL Id: tel-01933285

<https://theses.hal.science/tel-01933285>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DOCTORALE ABBE GREGOIRE
CENTRE DE RECHERCHE SUR LA FORMATION

THÈSE présentée par :

Laurence APPRIOU LEDESMA

Soutenue le : 05 octobre 2018

Pour obtenir le grade de :

Docteur du Conservatoire National des Arts et Métiers

Discipline/ Spécialité : Sciences de l'éducation/ Formation des adultes

LE SENTIMENT IDENTITAIRE PROFESSIONNEL

THÈSE

Dirigée par :

Mme JORRO Anne

Professeur des universités en sciences de l'éducation, Cnam, Paris.

Co-encadrée par :

Mme FAINGOLD Nadine

Maître de conférences honoraire en sciences de l'éducation,
Université de Cergy Pontoise.

RAPPORTEURS :

Mr KADDOURI Mokhtar

Professeur des universités en sciences de l'éducation, Université
de Lille.

Mr MOUCHET Alain

Professeur des universités en sciences de l'éducation, Université de
Paris Est Créteil.

PRESIDENT DU JURY :

Mme GROSBOIS Muriel

Professeur des universités, Cnam, Paris.

Du commencement aux débuts,

Remerciements

Je remercie tout d'abord mes directrices de thèse, Anne Jorro et Nadine Faingold, pour leur accompagnement dans ce parcours doctoral et la réalisation de cette thèse dans le plus profond respect et la plus grande rigueur scientifique. Les échanges que j'ai eu la chance d'avoir avec elles m'ont largement éclairé pour mener cette recherche doctorale, et même au-delà, dans ma construction identitaire de chercheure. Pour cet accompagnement si précieux, je les en remercie sincèrement.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe du CRF, Centre de Recherche sur la Formation, pour avoir accueilli favorablement mes projets de master recherche et de thèse.

Je remercie les doctorants, les anciens comme les nouveaux, pour les échanges menés lors des séminaires de recherche.

Mes remerciements les plus profonds aux débutants infirmiers qui ont participé à cette recherche longitudinale, en m'offrant le partage de leur vécu des débuts professionnels.

Enfin, je remercie ma famille, mon entourage, et tout particulièrement mes enfants, aujourd'hui âgés de 9 à 20 ans, Gwendolinn, Titouan, Pénélope et Élisabeth, pour leur patience et l'acceptation du projet de leur maman.

Résumé

Cette recherche doctorale porte sur le sentiment identitaire professionnel des débutants infirmiers dans la temporalité de la première année d'exercice. Elle interroge le vécu subjectif du fait de débiter dans le contexte professionnel actuel (contraint, mouvant et empreint d'une logique de productivité), et la place laissée au sujet dans le développement de sa professionnalité émergente spécifique des débuts. Elle éclaire les rapports entre les dynamiques identitaires (Kaddouri, 2006) en jeu dans cette période de transition (Guichard, 2007) et l'émergence de la professionnalité du débutant. L'approche psychophénoménologique proposée (Vermersch, 2012) s'insère dans un cadre théorique de la recherche qui s'appuie essentiellement sur les sciences de l'éducation et la psychologie. Les concepts de sentiment identitaire (Erikson, 1968 ; Allport, 1970 ; Tap, 1988) et de professionnalité émergente (Jorro, 2011) permettent de questionner le développement professionnel du débutant dans ses dimensions identitaires. La question du vécu subjectif du débutant, en termes notamment de logique personnelle du sujet dans ces moments (Mouchet, 2014), est centrale dans la méthodologie de recherche qualitative proposée. Une étude longitudinale s'appuie sur des entretiens compréhensifs (Kaufmann, 2014), d'explicitation (Vermersch, 1994) avec une recherche de décryptage de sens (Faingold, 2011) et d'explicitation biographique (Lesourd, 2009). Les résultats révèlent l'émergence d'un sentiment identitaire professionnel chez les débutants, nécessaire à la construction de leur professionnalité émergente spécifique. Les quatre axes d'analyse produits dans le cadre de cette recherche doctorale en lien avec le concept de sentiment identitaire professionnel, peuvent permettre aux praticiens de la formation initiale et continue et aux professionnels de santé d'enrichir leurs réflexions, voire de faire évoluer le regard porté sur le sujet débutant, en y insérant une meilleure compréhension de la logique personnelle du sujet.

Mots-clés :

- Sentiment identitaire professionnel
- Professionnalité émergente
- Débutants infirmiers
- Vécu subjectif
- Psychophénoménologie - Entretien d'explicitation

Abstract

This doctoral research focuses on nursing beginners' professional identity feeling during their first year of practice. It questions subjective experience about starting in the current professional context (constrained, moving, sustained by productive logic) and the position left for the subject to develop his/her emerging specific beginning professionalism. It enlightens the relations between identity dynamics (Kaddouri, 2006) during this transition period (Guichard, 2007) and the emergence of the beginner's professionalism. The psychophenomenology approach (Vermersch, 2012) is part of the theoretical framework which mainly relies on education sciences and psychology. The concepts of identity feeling (Erikson, 1968; Allport, 1970; Tap, 1988) and emerging professionalism (Jorro, 2011) aim to question the identity dimensions of beginners' professional development. The question of the beginner's subjective experience, in terms of personal subject logic in these moments (Mouchet, 2014), is central in the chosen qualitative research methodology. A longitudinal study is based on comprehensive interviews (Kaufmann, 2014), elicitation interviews (Vermersch, 1994) completed with the decryption of meanings (Faingold, 2011) and biographical interviews combined with elicitation (Lesourd, 2009). The results reveal a professional identity feeling which emerges among the beginners, and which is useful to develop their specific emerging professionalism. The four analysis axes derived from this research—linked to the professional identity feeling concept, could deepen the reflection of nursing trainers (from initial and continuing education) and health professionals, and help to reconsider the beginning subject and to better understand the personal logic of the subject.

Keywords:

- Professional identity feeling
- Emerging professionalism
- Nursing beginners
- Subjective experience
- Psychophenomenology
- Elicitation interview

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	4
Abstract	5
Liste des tableaux	11
Liste des figures	12
Liste des annexes.....	13
Introduction	14
Première section : La construction de l'objet de recherche	20
Partie 1 : Vers une problématique de recherche.....	21
Chapitre 1 : Le contexte professionnel de la recherche	22
1. Approche historique de la profession infirmière.....	22
1.1. Histoire de la profession infirmière.....	22
1.2. Histoire de la formation infirmière.....	24
2. Approche contemporaine de la formation et de la profession.....	26
2.1. L'évolution de la formation et de la profession au XXème et XXIème siècle	26
2.2. La formation des infirmières dans un contexte de mutation	27
2.2.1. Le contexte de santé publique	28
2.2.2. Le contexte hospitalier	29
2.2.3. Le contexte français de certification	30
2.2.4. Le contexte européen des études.....	31
2.2.5. Les référentiels de formation.....	33
2.2.6. Le code de déontologie des infirmiers	34
2.3. La réforme des études infirmières en France	35
2.3.1. Explication de la réforme de la formation infirmière	35
2.3.2. Le cadre réglementaire	36
2.3.3. Le programme de formation.....	38
2.3.4. Les Instituts de Formation en Soins Infirmiers dans ce contexte.....	40
3. Approche démographique de la profession infirmière	41
3.1. La situation démographique des infirmiers	41
3.2. Les trajectoires des professionnels infirmiers	42
4. Approche sociologique de la profession infirmière	43

4.1.	La notion de profession	44
4.2.	Le professionnalisme.....	49
4.3.	Les enjeux de professionnalisation	51
4.4.	La professionnalité	52
4.5.	Le groupe professionnel des professions de santé	54
Chapitre 2 : La professionnalité des infirmiers		57
1.	Approche didactique de l'activité de l'infirmier	57
1.1.	La dimension technique	58
1.2.	La dimension relationnelle	59
1.3.	La dimension organisationnelle	59
1.4.	La dimension pédagogique.....	59
2.	Le genre de l'activité.....	62
3.	Les gestes de métier	63
4.	L'identité professionnelle.....	64
Partie 2 : Les fondements théoriques de la recherche		69
Chapitre 1 : Les enjeux des débuts professionnels.....		70
1.	Les débuts professionnels des infirmiers	70
2.	Les professionnels débutants.....	77
Chapitre 2 : Les enjeux de la professionnalité		82
1.	Le développement professionnel.....	82
2.	La professionnalité émergente	86
3.	La reconnaissance professionnelle	88
4.	Les épreuves de professionnalité.....	93
Chapitre 3 : Les enjeux identitaires.....		96
1.	La construction de l'identité : quelles approches ?	96
1.1.	Des stratégies identitaires aux dynamiques identitaires	96
1.2.	L'identité psychosociale.....	98
2.	Le sentiment identitaire	101
2.1.	Approche psychosociologique du sentiment identitaire.....	101
2.2.	La constitution du sentiment identitaire	105
2.3.	Les sentiments constitutifs du sentiment identitaire	107
Chapitre 4 : Problématique de la recherche et hypothèses		113
Seconde section : Le dispositif de recherche et l'analyse		117
Partie 1 : Méthodologie de la recherche		118

Chapitre 1 : Le choix d'une méthodologie qualitative	119
1. Des méthodes de recherche qualitatives aux analyses qualitatives en sciences humaines et sociales	119
1.1. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales	119
1.2. Vers une épistémologie psychophénoménologique	120
2. La psychophénoménologie.....	124
3. Les différents types d'entretiens	125
3.1. L'entretien compréhensif	126
3.2. L'entretien d'explicitation.....	127
3.3. L'entretien de type explicitation biographique	131
Chapitre 2 : Méthodologie et corpus de la recherche.....	134
1. Le protocole de recherche	134
2. La cohorte d'infirmiers débutants	136
3. L'étude longitudinale par entretiens.....	139
4. La méthodologie d'analyse du corpus de recherche	147
4.1. La procédure de traitement des données	147
4.2. Les étapes de traitements des données	147
4.3. Les grilles d'analyse opérationnelles	152
4.4. La constitution des récits phénoménologiques.....	155
Partie 2 : Analyse des données.....	158
Chapitre 1 : Le Soi professionnel pendant la période d'intégration.....	160
1. La projection du Soi professionnel pendant la période d'intégration	160
1.1. Les attentes des futurs diplômés dans la période d'intégration.....	161
1.2. L'adoption d'un système d'attitudes	162
1.3. La variété des représentations de Soi professionnel.....	163
2. Du rôle vers la posture professionnelle pendant la période d'intégration.....	164
3. Le développement d'une posture d'intégration professionnelle	168
Chapitre 2 : La reconnaissance professionnelle reconnue et vécue par les débutants	171
1. La reconnaissance professionnelle : quelle reconnaissance par les débutants ? quels effets sur le vécu des débuts professionnels ? quels acteurs ?	172
2. La posture de contrôle à l'égard de l'infirmier débutant : cas de Katie et de Marie..	175
3. La posture de reconnaissance à l'égard de l'infirmier débutant par les médecins : cas de Katie, Nicole, Marc et Anne.....	178

4. La posture de reconnaissance à l'égard de l'infirmier débutant par les collègues de travail, les bénéficiaires des soins, les stagiaires et les proches du débutant : cas de Katie, Nicole, Marc et Anne	181
5. La posture de reconnaissance déclenchée par le débutant infirmier sur lui-même : cas de Katie et Marie	184
Chapitre 3 : L'émergence du sentiment identitaire professionnel.....	187
1. De la dynamique identitaire professionnelle au déploiement du sentiment identitaire professionnel : étude des vécus de référence de débutants	187
2. De l'évocation des situations signifiantes des débuts professionnels par le débutant infirmier au déploiement du sentiment identitaire professionnel.....	189
2.1. La réduction phénoménologique des situations signifiantes : proposition de modélisation	189
2.1.1. Katie	191
2.1.2. Nicole	195
2.1.3. Marc	197
2.1.4. Anne	199
2.1.5. Ève.....	200
2.1.6. Marie	204
2.1.7. Alia	207
2.1.8. Vivianne	209
2.2. L'émergence du sentiment identitaire professionnel	211
3. Les formes de verbalisations du sentiment identitaire professionnel chez les débutants infirmiers	213
3.1. La verbalisation du sentiment identitaire professionnel.....	214
3.2. Le sentiment de valeur personnelle.....	215
3.3. Le sentiment de capacité personnelle.....	220
Chapitre 4 : Les épreuves de professionnalité du débutant infirmier.....	224
1. Les différentes formes d'épreuves de professionnalité des débutants	225
1.1. Une injonction à une opérationnalité immédiate : Marie.....	225
1.2. Une évaluation indirecte : Katie.....	227
1.3. Une reconnaissance instable : Marc	229
2. La mobilisation du sentiment identitaire pour faire face aux épreuves de professionnalité	230
2.1. Le sentiment de différence	230

2.2. Les sentiments d'unité singulière et de cohérence	232
3. La posture professionnelle du débutant déclenchée par les épreuves de professionnalité 233	
Partie 3 : Discussion générale	237
Chapitre 1 : Retour sur la question et les hypothèses de recherche	238
Chapitre 2 : Retour sur la posture épistémologique du chercheur	245
1. Le récit phénoménologique de Katie	247
2. Le récit phénoménologique de Nicole	247
3. Le récit phénoménologique de Marc.....	248
4. Le récit phénoménologique d'Anne	248
5. Le récit phénoménologique d'Ève	249
6. Le récit phénoménologique de Marie.....	249
7. Le récit phénoménologique d'Alia.....	250
8. Le récit phénoménologique de Vivianne	251
Conclusion.....	252
Bibliographie	259

Liste des tableaux

Tableau 1 : Évolution de la formation et de la profession infirmière.	25
Tableau 2 : Quatre sens du terme profession (Dubar et Trepier, 2011).	46
Tableau 3 : Types et visées des entretiens de recherche.	135
Tableau 4 : Profil de la cohorte des huit infirmiers débutants.	137
Tableau 5 : Pseudonymes des infirmiers de la cohorte	139
Tableau 6 : Catégories de la phase 1 de l'étude.	149
Tableau 7 : Grille d'analyse intermédiaire de la phase 2 et 3.	151
Tableau 8 : Catégories des phases 2 et 3 de l'étude.	152
Tableau 9 : Analyseurs phase 2 et 3 des entretiens (partie 1).	153
Tableau 10 : Analyseurs phase 2 et 3 des entretiens (partie 2).	154
Tableau 11 : Modélisation de la réduction phénoménologique.	191
Tableau 12 : Étapes vers la professionnalité émergente du débutant.	234
Tableau 13 : Professionnalité émergente du débutant infirmier	241

Liste des figures

Figure 1 : Situation des infirmiers débutants par rapport aux acteurs de la reconnaissance professionnelle (IDE de 1 à 8), d'après le modèle conceptualisé par De Ketele (2011).	174
Figure 2 : Réduction phénoménologique 1 - Extrait 1 - IDE 1	192
Figure 3 : Réduction phénoménologique 2 - Extrait 1 - IDE 1	193
Figure 4 : Réduction phénoménologique 3 - Extrait 2 - IDE 1	194
Figure 5 : Réduction phénoménologique 4 - Extrait 1 - IDE 2	195
Figure 6 : Réduction phénoménologique 5 - Extrait 2 - IDE 2	196
Figure 7 : Réduction phénoménologique 6 - Extrait 1 - IDE 3	198
Figure 8 : Réduction phénoménologique 7 - Extrait 1 - IDE 4	200
Figure 9 : Réduction phénoménologique 8 - Extrait 1 - IDE 5	202
Figure 10 : Réduction phénoménologique 9 - Extrait 1 - IDE 5	202
Figure 11 : Réduction phénoménologique 10 - Extrait 2 - IDE 5	204
Figure 12 : Réduction phénoménologique 11 - Extrait 1 - IDE 6	205
Figure 13 : Réduction phénoménologique 12 - Extrait 2 - IDE 6	206
Figure 14 : Réduction phénoménologique 13 - Extrait 3 - IDE 6	207
Figure 15 : Réduction phénoménologique 14 - Extrait 1 - IDE 7	208
Figure 16 : Réduction phénoménologique 15 - Extrait 1 - IDE 8	209
Figure 17 : Réduction phénoménologique 16 - Extrait 2 - IDE 8	210
Figure 18 : Émergence du sentiment identitaire professionnel.	212

Liste des annexes

ANNEXES DISPONIBLES EN TOME II

Annexe 1 : Repères sur l'entretien d'explicitation (Vermersch, 2014, p.23).	2
Annexe 2 : Le système des informations satellites de l'action vécue (Vermersch, 2014, p.37).	3
Annexe 3 : Le système des informations satellites de l'action vécue. La logique verticale : les facettes du vécu de l'action (Vermersch, 2014, p.40).	4
Annexe 4 : Transcriptions des entretiens préparatoires à l'explicitation : phase 1.	5
Annexe 5 : Transcriptions des entretiens d'explicitation : phase 2.	71
Annexe 6 : Transcriptions des entretiens d'explicitation biographique : phase 3.	151
Annexe 7 : Tableau d'analyse des catégories : IDE 1 (phase 1 à 3).	243
Annexe 8 : Tableau d'analyse des catégories : IDE 2 (phase 1 à 3).	244
Annexe 9 : Tableau d'analyse des catégories : IDE 3 (phase 1 à 3).	245
Annexe 10 : Tableau d'analyse des catégories : IDE 4 (phase 1 à 3).	246
Annexe 11 : Tableau d'analyse des catégories : IDE 5 (phase 1 à 3).	247
Annexe 12 : Tableau d'analyse des catégories : IDE 6 (phase 1 à 3).	248
Annexe 13 : Tableau d'analyse des catégories : IDE 7 (phase 1 à 3).	249
Annexe 14 : Tableau d'analyse des catégories : IDE 8 (phase 1 à 3).	250
Annexe 15 : Les moments-sources.	251

Introduction

Se former en tant qu’infirmier aujourd’hui en France nécessite d’intégrer une formation professionnelle en alternance pendant trois ans. Ce parcours de formation conjugue des exigences académiques d’un niveau théorique de grade licence avec celles d’un développement de compétences professionnelles attendues dans l’exercice de la profession. Les connaissances théoriques de type universitaire sont largement renforcées par le programme des études initié en 2009 qui pilote la formation par l’acquisition des compétences et par la validation de crédits d’enseignement européens. Les étudiants infirmiers sont formés par des cadres de santé formateurs, par des universitaires et par des soignants. En stage, ils sont tutorés par des infirmiers formés selon le même programme, si ces derniers ont moins de sept années d’ancienneté de diplôme, ou selon le programme précédent de 1992, centré sur l’enseignement modulaire des processus pathologiques, le cas échéant. Dans ce contexte d’universitarisation, de réingénieries des formations de santé et de mouvance du système de santé (Grande Conférence en Santé et loi de modernisation du système de santé en 2016), le futur infirmier se retrouve rapidement immergé dans un milieu professionnel où des problématiques d’ordre politique, stratégique, institutionnel, pédagogique, organisationnel peuvent régner et dans lequel les identités professionnelles ne semblent pas fixées. Sans minimiser l’importance de saisir la complexité du champ professionnel dans lequel il est formé, la focalisation de l’étudiant en soins infirmiers sur sa propre formation et ses besoins, ainsi que sur lui-même, en tant que sujet en formation, avec des facilités, des difficultés voire des limites, reste capitale. Dans sa formation clinique, il lui est demandé de prendre en soins dans la globalité un nombre croissant de patients selon la complexité de prise en charge soignante et son semestre d’étude. Tout comme l’approche holistique favorable à l’apprentissage des soins infirmiers et des prises en soins infirmières, le travail que l’étudiant réalise pour se former est orienté vers toutes les dimensions de son apprentissage. En effet, le développement de la professionnalité du futur infirmier peut être favorisé par lui-même en tant que sujet en formation, dans le sens qu’il permet une formation accomplie nécessitant de mettre en lien des connaissances théoriques, académiques et des savoirs expérientiels. Il développe progressivement une attitude réflexive sur les situations vécues en stage, ce qui lui permet d’analyser sa pratique mais aussi lui-même en tant que sujet dans une pratique de soins et en interrelation avec les patients et les autres professionnels. Ainsi, il se prépare progressivement à devenir un professionnel infirmier en prenant conscience des dimensions complexes des prises en soins et des relations interpersonnelles et interprofessionnelles. A la fin de son parcours de formation (clinique et théorique), l’étudiant en soins infirmiers est diplômé (Infirmier Diplômé d’État/ IDE). Il présente alors sa candidature en tant qu’infirmier

à des recruteurs. Son employabilité est évaluée sur la base du diplôme et du dossier scolaire qui retrace sa réussite aux partiels et le parcours de stage lui ayant permis de développer des compétences formalisées dans le référentiel de formation. Les attentes des dirigeants des hôpitaux et des structures de soins, et des managers vis-à-vis de ces nouvelles recrues sont essentiellement d'ordre économique. Concrètement, ils souhaitent recruter des infirmiers opérationnels et rentables le plus rapidement possible, qui soient en capacité de produire des soins de qualité sur les plans techniques, relationnels et organisationnels. De plus, ces nouveaux diplômés doivent répondre aux exigences du contexte en s'intégrant rapidement dans des équipes de soins instables (turn-over, pénurie de personnel et vacataires), en s'adaptant rapidement à la spécificité des activités et, en prenant en charge le groupe complet de patients.

Débuter en tant qu'infirmier est le commencement d'une nouvelle expérience biographique. Temporellement, souvent vécue dans la continuité des études, cette période est pourtant discontinuité et marque les débuts d'un nouveau statut de professionnel. Les valeurs personnelles sont parfois mises à l'épreuve dans ces débuts, ainsi que les représentations professionnelles et l'idéalisation d'une profession malgré la familiarité du milieu pendant la formation en alternance. Les modalités d'apprentissage et la forme de tutorat reçue ont pu tronquer la perception de la réalité professionnelle. Certaines activités leur incombant n'ont parfois pas encore été expérimentées, comme celles de prendre en charge l'ensemble d'un service de soins, d'effectuer l'ensemble des tâches administratives, de gérer les autres professionnels (aides-soignants et vacataires), d'être responsable de tous les soins réalisés, d'être l'interlocuteur direct des médecins et des familles, etc.

Entre la fin des études et la prise de poste, il n'y a pas de dispositifs ou de formations d'adaptation à l'emploi prévus par le législateur. Le stage est tacitement considéré comme suffisant et préparant l'étudiant, futur professionnel, à sa future fonction. Des dispositifs d'intégration des jeunes diplômés produisent des formes plurielles. Elles existent sous l'aspect d'un réel tutorat ou d'une simple référence à un professionnel dans l'équipe de soins ou d'encadrement, la mise en doublon n'est pas systématique, et la durée du tutorat est très variable. Des formations courtes portant sur des pratiques ou des protocoles de soins sont prévues à l'intention des nouvelles recrues par les établissements. Ces formations se centrent peu sur l'intégration du nouveau diplômé en tant que sujet-professionnel.

Les débuts professionnels correspondent à une période spécifique où le néo infirmier est également confronté à la réalité de ses propres capacités, compétences et performances en action, mais aussi à ses capacités d'intégration dans une équipe de soins et dans un service. Il prend alors conscience de ce qu'il est capable de faire et de ses limites. C'est une période qui peut être éprouvante pour le sujet débutant car il peut être stressé voire déstabilisé par des situations professionnelles et des relations interprofessionnelles.

Comment ces nouveaux infirmiers vivent-ils leurs débuts professionnels ? Comment se perçoivent-ils en tant que sujet débutant ? Comment construisent-ils leur identité professionnelle dans le contexte actuel ? Ont-ils réellement le temps de débiter ? Développent-ils des stratégies d'adaptation spécifiques ? Existe-t-il une professionnalité spécifique des débutants ? Ces interrogations constituent le fil conducteur de cette recherche.

Le cadrage théorique de cette recherche s'appuie sur des approches permettant de questionner le développement professionnel du débutant dans ses dimensions identitaires et fondamentalement subjectives. La subjectivité du débutant est en jeu dans les dynamiques identitaires présentes dans les débuts professionnels. La démarche de légitimation du sujet par les autres et par lui-même en tant que professionnel prend forme dans une *transaction identitaire* (Dubar, 1991) et vise l'inscription identitaire d'un *Soi non encore stabilisé* (Kaddouri, 2002). L'adaptation de Soi dans cette période nécessite que le sujet mène un *travail identitaire* de construction, de destruction et de reconstruction de Soi (Ibid., 2006) par des transformations de ses dynamiques identitaires. Le sujet connaît alors des tensions intra et intersubjectives dans une quête de professionnalité. Le débutant infirmier cherche alors à se développer professionnellement, « faisant l'expérience de tâtonnements qui conduisent à des restructurations du soi professionnel » (Jorro, 2011, p.9). La professionnalité émergente du débutant infirmier est ici abordée dans ses dimensions subjectives.

L'approche de la psychophénoménologie (Vermersch, 2012) permet d'étudier la subjectivité des acteurs et présente un intérêt par son double ancrage disciplinaire de la psychologie et de la phénoménologie. Elle permet de valoriser le point de vue du sujet sur les actions vécues, spécifiées et passées et peut révéler l'expérience subjective vécue en situation. La recherche de la logique propre du sujet par des entretiens d'explicitation est le fil rouge de cette posture épistémologique. L'expérience subjective vécue dans les débuts professionnels par les débutants a guidé notre choix vers des approches de recherches qualitatives. Elles

visent à comprendre les expériences subjectives vécues en situation, « ce que les acteurs font et à la façon dont ils vivent ce qu'ils font » (Mouchet, 2016, p.11). Les méthodes d'entretien choisies mobilisant l'explicitation permettent dans la mesure du possible d'accéder à ce vécu subjectif. De manière complémentaire, le décryptage de sens (Faingold, 2011) peut faire émerger la prise de conscience par le sujet lui-même de logiques internes incarnées dans sa pratique professionnelle.

Des transformations identitaires sont en jeu dans cette période des débuts professionnels des infirmiers. Elles sont nécessaires au développement de leur professionnalité. Nous postulons qu'une professionnalité spécifique du débutant existe ; elle est en interdépendance avec l'expérience élaborée ou verbalisée ; elle se développe par l'émergence d'un sentiment identitaire qui permet au débutant de s'inscrire dans une continuité personnelle et professionnelle.

Le présent document est présenté en deux grandes parties. Il constitue le tome I de la thèse.

La première section est dédiée à la construction de l'objet de recherche. Elle est organisée en deux parties.

La première partie est découpée en deux chapitres. Le premier chapitre présente le contexte professionnel de la recherche en décrivant la profession et la formation infirmière selon des approches historiques, contemporaines, démographiques et sociologiques. Le second chapitre est consacré à la présentation de la professionnalité infirmière en abordant l'activité professionnelle, son genre et ses gestes. Un éclairage de la notion d'identité professionnelle est également proposé.

La seconde partie présente le cadre théorique de la recherche, avec un découpage en quatre chapitres. Les trois premiers chapitres sont entièrement dédiés à l'ancrage théorique de la problématique en ce qui concerne les enjeux des débuts professionnels, de la professionnalité et de l'identité. La problématique de la recherche et les hypothèses de recherche sont développées dans le quatrième chapitre.

La seconde section de la thèse est dédiée aux aspects méthodologiques et empiriques de la recherche. Elle est découpée en trois parties.

La première partie présente, dans un premier chapitre, le choix d'une méthodologie qualitative et dans un second chapitre, la méthodologie retenue et le corpus de la recherche.

La seconde partie est entièrement consacrée à l'analyse des données de recherche. Quatre chapitres d'analyse sont présentés.

La troisième partie propose une discussion générale structurée en deux chapitres. Elle présente un retour réflexif sur la problématique et, dans un second temps, sur la posture épistémologique du chercheur dans le cheminement de la recherche.

Ce présent document se termine par une conclusion générale et une bibliographie.

Un tome II regroupe l'ensemble des annexes, dont les retranscriptions intégrales des entretiens et les grilles d'analyse complémentaires.

Première section :
La construction de l'objet de recherche

Partie 1 : Vers une problématique de recherche

Chapitre 1 : Le contexte professionnel de la recherche

1. Approche historique de la profession infirmière

La constitution de la profession infirmière se comprend par les contextes sociaux et historiques depuis le treizième siècle. La profession a répondu, s'est adaptée et a évolué au regard des demandes et des besoins de la population et de la société. Les « bons soins » prodigués à l'époque par les infirmières, religieuses Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris, sont devenus une véritable discipline aujourd'hui.

Un parcours de l'histoire de la profession et la naissance de la formation professionnelle permet de comprendre cette évolution du métier d'infirmière ainsi que la nécessité de ces changements. Nous en dégagerons les principales caractéristiques qui ont permis une structuration et une reconnaissance professionnelle.

1.1. Histoire de la profession infirmière

Si nous remontons aux origines de la pratique du soin, nous pouvons retrouver dans l'Antiquité, les théories magiques et l'utilisation des plantes. Pour les grecs, la santé et la beauté sont des éléments importants de leur vie. Au Vème siècle avant JC, Hippocrate¹ se centre sur une médecine plus rationnelle et humaine. La conception de cette médecine est de trouver une cause à la maladie et il apparaît l'idée que les soins doivent être réalisés par les personnes qui ont la connaissance. Nous sortons déjà des représentations caractérisant les soins comme étant prodigués par la femme qui donne la vie, la préserve et transmet ses savoirs aux autres femmes. Hippocrate fait naître des principes de déontologie, avec une approche psychologique du malade et protégée par le secret professionnel. La médecine collective et de l'hygiène publique apparaît à l'époque romaine. C'est le christianisme qui transformera les soins en devoir religieux, en modifiant fortement le rapport au corps et en se centrant sur des soins de l'âme. Au moyen âge, les congrégations religieuses recueillent les

¹ Hippocrate de Cos (460-356 avant J.C).

indigents puis ce sont des congrégations exclusivement féminines qui se dédient à des soins d'entretien de la vie, de confort et d'hébergement. Nous voyons naître l'auxiliariat des soins, les sœurs Béguines et Augustines sont alors sous la tutelle des moines et des sœurs supérieures. Cependant, les religieuses perdent progressivement l'accès au corps des malades par l'arrivée des premiers médecins, clercs de l'église. Ils rejettent les femmes soignantes qu'ils considèrent comme des sorcières et imposent une domination médicale par l'appropriation des savoirs des sorcières et des guérisseuses.

Le prêtre Saint Vincent de Paul² souhaite porter secours aux indigents et soigner leurs maux. Il est considéré comme le précurseur des soins aux malades et souhaite former des jeunes filles sans instruction aux soins. Il leur transmettra également une attitude à l'égard des malades et aussi des médecins, des dames de la paroisse et des administrateurs. Les Sœurs de Saint Vincent de Paul forment alors la première formation soignante en 1633 à Paris.

Il est intéressant de noter que le mot *enfermier* est utilisé en 1398, dérivé du mot *enfermerie* qui date de 1288. En 1642 apparaît l'appellation infirmier qui désigne la personne qui soigne ses consœurs malades.

Progressivement, les religieuses s'installent dans les hôpitaux et sont reconnues comme des professionnelles soignantes. L'apparition des hôpitaux publics et nationalisés à la révolution française entraîne l'apparition de personnels infirmiers laïcs aux côtés des religieuses qui gardent une place très importante, de pouvoir, de décision et d'organisation. Les infirmières laïques sont sans instruction primaire ; ce qui fixe la profession soignante en bas de l'échelle salariale. Leur relation professionnelle avec le corps médical masculin est alors plaquée sur la considération de la femme dans la République, sous tutelle du chef de famille.

L'évolution de la médecine vers une médecine pouvant guérir avec la découverte du vaccin antivariolique, et le développement de l'aseptie, de l'antiseptie et de la chirurgie, laisse dans une certaine mesure une place aux soins infirmiers, conceptualisés par Florence Nightingale³ en 1859.

La nécessité de former de véritables auxiliaires médicales apparaît chez les médecins qui proposent un enseignement infirmier, dans le cadre de la croix rouge française en 1876 puis d'un cours municipal parisien en 1878. Le personnel infirmier laïc remplace progressivement les religieuses dans les hôpitaux et endosse l'image d'une femme ayant des compétences ménagères à l'instar de la femme au foyer et démontrant un grand dévouement.

² Saint Vincent de Paul (1581-1660), prêtre « patron des œuvres charitables ».

³ Florence Nightingale (1820-1910), infirmière britannique, pionnière des soins infirmiers modernes.

Pour compléter cette approche historique de la naissance de la profession infirmière, il nous semble important de décrire synthétiquement l'apparition des écoles d'infirmières, qui ont largement permis à la fonction soignante infirmière de se professionnaliser.

1.2. Histoire de la formation infirmière

Comme nous l'avons précisé, les premières écoles de formation infirmière voient le jour successivement en 1876 pour le privé et en 1878 à l'Assistance Publique. Cependant, ce n'est que le 28 octobre 1902, quelques 25 ans plus tard, qu'une circulaire ministérielle, relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893⁴, entérine le principe d'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières. Nous pouvons y voir un réel tournant historique pour l'évolution de la fonction infirmière.

L'école d'infirmière de la Salpêtrière propose un programme de formation comprenant des enseignements théoriques sur l'anatomie, la physiologie et les soins de base, des démonstrations et des cours de travaux pratiques. Elle comporte toutes les caractéristiques d'une école professionnelle, formant par l'alliance de la théorie et de la pratique et préparant à une profession. C'est pendant la première guerre mondiale qu'émerge le besoin d'une formation plus complète afin que l'infirmière puisse répondre aux besoins de la population, des différents contextes, de guerre notamment. L'infirmière s'impose alors dans une permanence de soins aux malades, dans une surveillance de l'environnement, mais aussi dans l'application des prescriptions du médecin, duquel elle reste une subordonnée. Après la première guerre mondiale, le développement de l'antibiothérapie et des techniques d'exploration fait de l'hôpital un lieu plus technique et qui nécessite de nouveaux professionnels de santé pour y répondre. Ce sont les diététiciennes, les manipulateurs en radiologie, les techniciens de laboratoire qui apparaissent, et l'infirmière se voit confier des tâches qualifiées de plus médicales. Cette hiérarchie professionnelle se construit en conséquence de cette hyper-technicité. Nous y reviendrons plus tard dans notre présentation.

C'est bien au début du XX^{ème} siècle que les premières réflexions sur le niveau de recrutement des infirmières ont lieu. Le premier brevet de capacité professionnelle est décrété le 27 juin 1922⁵, puis un arrêté du 24 juin 1924 fixe les nouveaux programmes des écoles d'infirmières de l'État français. Ils vont évoluer au fil du siècle, tout comme la durée de la formation, variant de 24 mois à 33 mois, à 38 mois et demi à 36 mois, depuis 2009. Nous pouvons remarquer que, par le titre d'infirmière diplômée de l'État français, l'état garantit une

⁴ Loi du 15 juillet 1893 relative à l'assistance médicale gratuite.

⁵ Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles.

indépendance à la profession, et ce dès 1922. Il permet le déploiement d'une autonomie dans une partie de son exercice professionnel, par la création d'un rôle indépendant appelé *rôle propre* en 1978. D'ailleurs, les infirmières ont revendiqué cette autonomie et cette reconnaissance sociale tout au long du XXème siècle. Leur champ d'activités et de compétences n'a cessé d'évoluer, ainsi que celui de leurs responsabilités et de leur autonomie.

Le tableau ci-après présente les dates marquantes dans l'évolution de la formation et de la profession.

1922	Création du brevet professionnel
1942	Création du diplôme d'État d'Infirmier
1951	Formation des « surveillantes » et des « monitrices »
1972	Programme de formation introduisant l'approche globale de la personne soignée, le plan de soins et l'éducation à la santé
1975	Création du grade d'infirmière générale
1978	Reconnaissance de l'autonomie dans les soins par la création du rôle propre infirmier
1979	Programme de formation infirmière introduisant la démarche de soins
1984	Publication du « décret d'actes » suite au premier mouvement de grève des infirmières
1992	Programme de formation infirmière introduisant le diagnostic infirmier et la notion d'infirmière « polyvalente ».
1993	Publication du décret sur les règles professionnelles
1995	Diplôme cadre de santé et création des Instituts de formation des cadres de santé
2001	Modification du statut des cadres infirmiers par la création d'un corps unique de cadre de santé regroupant l'ensemble des filières paramédicales.
2002	Création du grade de directeur des soins
2004	Décrets intégrés au Code de la Santé Publique
2006	Création de l'ordre national des infirmiers
2009	Réforme complète avec l'universitarisation des études d'infirmier
2016	Code de déontologie des infirmiers

Tableau 1 : Évolution de la formation et de la profession infirmière.

Enfin, la profession est réglementée par des décrets qui fixent les règles professionnelles, listent les actes professionnels et décrivent précisément l'exercice infirmier. Le décret du 29 juillet 2004 intègre au Code de la santé publique les textes relatifs aux règles et aux actes professionnels infirmiers⁶. Il existe depuis 2006 un Ordre national des infirmiers, deuxième des sept ordres professionnels de santé en France, avec 180 000 inscrits en 2015. Depuis 2016, un code de déontologie des infirmiers se substitue au décret du 29 juillet 2004. Nous en parlerons un peu plus loin.

⁶ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

Nous reviendrons sur certains aspects de la formation, non décrits ici, plus loin dans notre travail. Il s'agira de décrire le processus actuel de la formation infirmière dans ses aspects réglementaires, organisationnels et de reconnaissance académique et sociale du diplôme.

Nous faisons le choix de proposer tout d'abord une approche sociologique de la profession infirmière, avec un objectif d'éclaircissement des caractéristiques d'une profession, d'un groupe professionnel et du processus de professionnalisation. Nous compléterons notre présentation par une description de la professionnalisation des infirmiers d'après une étude des premiers développements de la professionnalité (Savoyant, 2005). Nous aurons alors l'ensemble des éléments nécessaires pour la compréhension du mouvement de professionnalisation des infirmiers.

2. Approche contemporaine de la formation et de la profession

Les évolutions de la profession ont un effet sur les évolutions de la formation et de la profession. Ces influences réciproques sont soumises au contexte en mutation.

2.1. L'évolution de la formation et de la profession au XXème et XXIème siècle

Les différents programmes de formation infirmière démontrent par leurs successions à partir du milieu du XXème siècle, une réponse aux évolutions et au contexte sociétal dans lequel la profession se transforme. Comme présenté dans notre approche historique, le brevet de capacité infirmière a vu le jour au début du XXème siècle mais ce n'est qu'en 1961, que la notion du rôle infirmier apparaît. Celle-ci remplace la notion précédente de morale professionnelle, en introduisant l'idée de capacité de décision et d'éthique professionnelle. Le programme de formation suivant, en 1972, caractérise et nomme les compétences de l'infirmière autour de la prise en charge globale de la personne soignée, du plan de soins et de l'éducation pour la santé. L'infirmière est également reconnue par des capacités de réflexion et d'analyse des besoins de santé de la personne soignée. Cette dynamique que l'on retrouve dans ce programme de formation découle de l'accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières de 1967 ; il prévoit notamment le libre exercice professionnel des infirmières dans les États membres du Conseil de l'Europe. C'est un tournant dans l'organisation de la formation infirmière qui augmente les enseignements théoriques en faveur des stages, et introduit des notions de temps de révision, de travail personnel et l'existence de vacances ; la

sémantique change aussi pour l'appellation des personnes en charge de l'enseignement, elle passe de « monitrices », terme très axé sur la pratique de la profession à celle de l'infirmière « enseignante », introduisant alors un socle théorique de base plus conséquent que jusqu'alors. Toujours en réponse aux accords européens, le programme de formation suivant, en 1979, annonce une méthodologie de problématisation par l'introduction de la démarche de soins, qui prépare l'apparition du concept de diagnostic infirmier du programme suivant en 1992. L'infirmière formée et attendue sur le terrain professionnel est celle d'une professionnelle polyvalente, capable de prendre en soins une personne dans sa globalité, dans ses dimensions bio-psycho-sociales. Il est nécessaire qu'elle développe des compétences permettant la prise en charge holistique du patient, sous des aspects à la fois somatiques et psychiques. C'est à la même période que disparaît le diplôme d'infirmier du secteur psychiatrique pour laisser place à un diplôme commun. La sémantique continue à évoluer, comme pour les enseignants, l'école d'infirmière devient un Institut de Formation de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et les élèves infirmiers deviennent des étudiants en soins infirmiers. Le terme de « savoir infirmier » (Walter, 1998) apparaît sans pour autant permettre à une discipline de recherche de se développer. Des réflexions sur le « prendre soin » se manifestent sous l'impulsion d'infirmières comme B. Walter et M.F. Collière⁷ qui se forment alors à l'université. Une revue de recherche infirmière comme celle dont le titre est « Recherche en soins infirmiers » voit le jour, ainsi que des « guides du service infirmier ». Depuis 2015, une seconde revue de recherche infirmière est publiée, elle est internationale et paraît en version exclusivement électronique sous le titre de « Revue francophone internationale de recherche infirmière ».

2.2. La formation des infirmières dans un contexte de mutation

La réforme complète de la formation infirmière en 2009 se pose comme une réponse aux besoins de santé de la population, à l'importante mutation du système hospitalier et de la santé, ainsi qu'aux cadres professionnels. Cette réforme n'est pas isolée et concerne de nombreuses professions du champ sanitaire et social ; elle développe une approche par compétence et une validation des acquis de l'expérience. De plus, elle répond à la dynamique européenne d'harmoniser les diplômes et de favoriser la mobilité des étudiants et des professionnels en Europe⁸.

⁷ Marie-Françoise Collière (1930-2005). Infirmière, pionnière dans l'approche historique de la profession infirmière et dans l'approche anthropologique des soins.

⁸ Programme ERASMUS +: European Region Action Scheme for the Mobility of University Students.

Pour permettre une vision globale du contexte dans lequel la formation évolue, nous décrivons successivement des évolutions dans le domaine de la santé publique, de l'hôpital, et des certifications ainsi que des éclairages en matière européenne et des référentiels de formation.

2.2.1. Le contexte de santé publique

En pleine mouvance, avec de bons indicateurs de morbidité et de mortalité malgré le vieillissement global de la population, et le développement des maladies chroniques et mentales, la France présente un nouveau contexte de santé publique qui nécessite le développement de la prévention et de l'éducation à la santé. L'infirmier y joue un rôle déterminant et doit adapter l'organisation des soins et les pratiques professionnelles à ces besoins de plus en plus grandissants. Le vieillissement de la population apporte à la prise en charge un large spectre social, économique et sanitaire. Aujourd'hui, et ce depuis la loi du 4 mars 2002⁹ et l'information massive et accessible par internet, les patients ont eux aussi évolué et se montrent bien souvent demandeurs du respect de leurs droits, notamment ceux d'informations, de concertations, voire de codécisions médicales. C'est un patient averti, érudit et informé qui est en face des professionnels de santé et des infirmiers. Au-delà du changement des besoins de santé, les relations avec les patients ont évolué et imposent aux infirmiers une réelle adaptation. Cette capacité d'adaptation fait partie des intentions de la formation initiale dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers.

Dans une dimension plus macro-économique, plusieurs types de structures de soins se profilent dans l'horizon sanitaire et social, allant des établissements offrant une très grande technicité aux structures de proximité missionnées pour répondre aux besoins de santé de premier niveau. Des réseaux de soins de plus en plus performants se développent pour optimiser le parcours de soin du patient. Les Agences Régionales de Santé (ARS)¹⁰ chargées du pilotage national du système national de santé ont permis cette cohérence globale du champ en mettant en place une répartition des rôles des différents secteurs (public, privé, privé participant au service public, associatif et lucratif). Tout ceci, tout comme la politique de la sécurité sanitaire, a une incidence sur les compétences attendues des professionnels. Nous développerons cet aspect plus loin dans notre présentation lorsqu'il s'agira de décrire la professionnalisation des infirmiers.

⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁰ Les ARS ont été créées en 2010.

Des conséquences directes existent sur l'activité des infirmiers, comme celle d'être dans une obligation de moyens, d'activités et de résultats dans un contexte économique de tarification à l'activité. Le travail infirmier préserve sa spécificité, notamment d'accompagnement personnalisé de la personne soignée. Il doit intégrer dans sa pratique professionnelle des contraintes économiques fortes, mais il garde comme une priorité la qualité et la sécurité des soins. L'intégration de ces différentes logiques, de production et de soins, peut s'avérer très complexe pour le sujet.

2.2.2. Le contexte hospitalier

L'hôpital n'est pas le seul lieu d'exercice professionnel de l'infirmier mais il regroupe la majorité des professionnels. Il nous semble pertinent de décrire le contexte de travail hospitalier pour comprendre la réalité de leur exercice professionnel. Parmi les recherches menées sur l'hôpital et les personnes qui y travaillent, celles présentant une approche ethnographique nous apportent un éclairage, non seulement sur les relations entre les professionnels, mais aussi sur la place et les stratégies du patient.

Pouchelle (2003), anthropologue et historienne et Véga (2000), ethnologue, ont éclairé la question de la hiérarchisation des professions à l'hôpital. La première met la focale sur la question de la gestion du temps de travail du chirurgien qui rythme, dans un service de chirurgie, les activités de tous les autres professionnels dont les infirmières. Véga mène son observation de type ethnographique dans un service de neurologie et analyse les relations entre les soignants, et aussi entre les soignants et les soignés. La hiérarchisation des professions se fait alors par la répartition des « *basses besognes* » ou du « *sale boulot* ». Nous y reviendrons.

D'autres approches notamment sociologiques, comme celles développées par Divay (2013), Acker (2004) et Osty (2010), montrent que l'hôpital est le reflet de la société et l'analyse de son fonctionnement éclaire les enjeux et les missions des différents professionnels de santé. Ce milieu de travail est soumis à des contraintes économiques, à des restrictions budgétaires, à des outils et des dispositifs de gestion qui mesurent, contrôlent et réduisent les dépenses. Cette pression financière et économique vient se heurter aux valeurs professionnelles des soignants ; ces derniers gardent comme principale motivation de travailler, le bien-être du patient et non pas le bénéfice de l'hôpital. L'hôpital est un milieu professionnel très fragmenté, composé de très nombreux professionnels menant des tâches et des activités aux frontières les unes des autres. Ce milieu est certes hiérarchisé, mais aussi sexué, avec une domination masculine encore existante au XXIème siècle. A l'instar de l'étude de la coopération des

soignants, l'hôpital comporte de réelles tensions et clivages entre les différentes catégories de professionnels, qu'ils appartiennent au secteur médical, paramédical ou administratif et la pression économique soumise à l'ensemble ne fait que les renforcer.

Par ailleurs, les conditions de travail à l'hôpital public ont fortement évolué. Dans la mesure où ces évolutions influencent largement la pratique des professionnels de santé, dont les infirmiers, nous allons les décrire succinctement. Par le rapport Couty ¹¹ (4 mars 2013) et des dossiers thématiques sur les conditions de travail à l'hôpital (2014), nous constatons des résultats mettant en exergue la souffrance psychique au travail. Les pouvoirs publics incitent les directeurs et managers des hôpitaux à développer des stratégies managériales visant à favoriser la qualité de vie au travail (Hervé, 2016) et à rétablir la confiance au sein des hôpitaux publics. Les contraintes organisationnelles sont très fortes dans un mouvement important d'accélération des réformes hospitalières. Ces réformes, depuis la loi dite Aubry en 1998¹² puis 2001¹³ mettant en place la durée légale du travail à 35 heures, se succèdent et impactent la pression ressentie par les professionnels dans le travail. Afin de se rendre compte de leur importance, nous les citons ci-après.

Il s'agit des réformes suivantes : la dotation globale du fonctionnement à la tarification à l'activité (T2A par la loi de financement de la sécurité sociale du 18 décembre 2003) ; les droits des malades renforcés (4 mars 2002) ; la mise en place des pôles d'activité ¹⁴ (2005) ; les outils de coopération et la modification des instances hospitalières par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) ; le dossier informatisé du patient ; le renforcement de la prévention (loi de santé du 26 janvier 2016) ; la réorganisation des soins de proximité par le rôle du médecin généraliste ; le tiers payant généralisé. Les différents changements qu'ont induits les réformes successives ont provoqué « une anxiété généralisée et un conflit de valeurs, notamment chez les infirmiers » (Hervé, 2016, p.4). Les professionnels expriment une densification de leur charge de travail et un sentiment de dégradation de leurs conditions de travail.

2.2.3. Le contexte français de certification

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002¹⁵ a lancé le mouvement de formalisation des diplômes en créant le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP).

¹¹ Couty, E. (2013). Rapport « le pacte de confiance pour l'hôpital ». Synthèse des travaux. Ministère des affaires sociales et de la santé.

¹² Loi n°98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation à la réduction du temps de travail.

¹³ Loi n°2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail.

¹⁴ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹⁵ JO du 18 janvier 2002, p 1008, texte n°1 de modernisation sociale. Paris : État.

Les diplômes y sont classés par domaine d'activité et par niveau. La commission nationale de certification professionnelle doit décider des diplômes et des titres qui font partie du répertoire, si l'État n'est pas le certificateur. En l'occurrence pour le diplôme d'État d'infirmier, c'est le ministère de la Santé qui est le certificateur.

Il existe en France deux systèmes de classification des diplômes, la nomenclature 1967 se base sur la durée des études, la nomenclature 1969 sur la nature des savoirs, sur l'expertise et l'autonomie professionnelle. C'est cette dernière que choisit le ministère de la Santé pour classer les diplômes dont il a la certification ; celle de 1967 est utilisée par l'Éducation Nationale.

Cependant le Parlement européen recommande depuis 2008 un mode de classement différent à huit niveaux dans le « cadre européen des certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie ». Ces niveaux croisent un ensemble de paramètres comme les savoirs théoriques, les aptitudes cognitives, pratiques et les compétences requérant la prise de responsabilité et l'autonomie. Chaque pays doit être en mesure de préciser la correspondance européenne de ses diplômes depuis 2012.

Les diplômes de l'Éducation Nationale sont classés du niveau V bis, correspondant au certificat de formation générale, au niveau III correspondant aux diplômes du type BTS, brevet de technicien supérieur, deux ans après le baccalauréat. Pour les diplômes universitaires nationaux, un classement se fait selon les niveaux licence, master, doctorat (trois, cinq et huit ans après le baccalauréat) et ce, en deux cycles (2ème cycle pour licence et master, 3ème cycle pour doctorat). Certains diplômes qui dépendent d'autres ministères ne sont pas classés sur ce modèle. Jusqu'en 2009, le diplôme d'État Infirmier était considéré de niveau III, soit deux ans après le baccalauréat, même si la durée des études était supérieure à trois ans depuis 1979. Depuis la réforme des études et l'obtention du grade licence, le diplôme d'État Infirmier est un diplôme de second cycle universitaire. Cet élément a une incidence sur la reconnaissance sociale et salariale. Pour exemple des infirmiers faisant partie de la fonction publique hospitalière, ils passent de la catégorie B à A c'est-à-dire à la catégorie la plus élevée, et au corps et grade de conception, de direction et d'encadrement. Ils obtiennent une rémunération supérieure à la catégorie B.

2.2.4. Le contexte européen des études

Deux éléments caractérisent le contexte européen, celui de la libre circulation des infirmiers en Europe et le processus de Bologne.

C'est la directive de l'Union européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles qui impulse la dynamique de libre circulation des infirmiers en Europe par la reconnaissance automatique des titres et des formations avec le principe d'une coordination des conditions minimales de formation. Les normes de cette directive européenne cadrent la formation des infirmières françaises sur les éléments suivants : le niveau scolaire pour l'admission en formation, le contenu minimum en lien avec l'évolution des sciences et des techniques, le seuil minimum de la durée de formation à 4600 heures, le principe de l'alternance entre enseignement clinique et théorique. De plus, il est précisé que la formation des infirmiers doit donner la garantie d'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires chez le futur professionnel. Il lui est demandé d'être capable de prendre en charge des personnes soignées dans un environnement physique et social, d'être responsable d'un point de vue éthique, d'être en capacité de former du personnel sanitaire et de collaborer avec les autres professionnels de santé.

Par ailleurs, c'est bien par le processus de Bologne permettant la construction d'un espace européen de l'enseignement supérieur, que les formations paramédicales, notamment celles des infirmières, ont été intégrées au dispositif. La volonté de « massification des études » et de « relation entre la formation au supérieur et le développement économique, social et culturel d'une société » a permis de s'attacher à l'employabilité des diplômés, mais aussi à revoir les programmes, les pratiques enseignantes et les pratiques pédagogiques. De plus, les accords de Bologne ont permis de redéfinir les missions des Hautes Écoles articulées entre la recherche et l'enseignement, de modifier la cartographie des établissements d'enseignement supérieur, de réfléchir aux rapports entre universités publiques et leurs autorités politiques.

En ce qui concerne les infirmiers, cette entrée dans le processus de Bologne a eu des incidences positives, notamment celles de permettre la transparence des qualifications, une meilleure lisibilité respective, de faciliter les mobilités des étudiants dès la formation initiale et des formateurs. De surcroît, elle a permis de favoriser les coopérations entre l'université et les centres de formation, et de produire une culture commune sur l'évaluation de la qualité des études.

Ainsi, un rapport de l'Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche énonce en 2008 l'intérêt d'une réforme des professions paramédicales. Les objectifs sont d'améliorer la qualité de l'enseignement et du contenu de formation, de développer un langage et une culture commune aux professionnels de santé en proposant des enseignements communs comme l'éthique, l'économie, les sciences humaines, de décroiser les filières médicales et paramédicales en créant des passerelles, de sensibiliser les professionnels à la

recherche documentaire et à l'analyse des publications. Le rapport préconise également de concevoir des formations de niveau supérieur pour permettre aux professionnels de faire évoluer leurs compétences en soins et en santé publique. L'hypothèse d'accès à de nouveaux métiers par la formation master est posée.

Enfin, la perspective d'un doctorat en soins permettrait le développement d'une recherche clinique encore très rare aujourd'hui en France. D'autres orientations des doctorats sont possibles et situent alors l'ancrage des « sciences infirmières entre la médecine et les humanités » (Tissard-Cassar, 2006, p.148). Nous nous interrogeons aujourd'hui sur la volonté des infirmières doctorantes de se démarquer du champ médical ou de s'orienter vers les sciences humaines et sociales, champ disciplinaire très large qui comprend les sciences de l'éducation, et qui peut apporter des réponses à certaines problématiques professionnelles spécifiques du champ d'exercice de la profession.

Ainsi, en réponse à ces fortes mutations et aux constats des différents rapports, la réforme des études infirmières en France s'est imposée à tous et aux législateurs comme une évidence. La formation s'est universitarisée selon un modèle de partenariat entre les universités et les Instituts de Formations en Soins Infirmiers. Il a été énoncé le besoin de mieux préparer les professionnels à la vie professionnelle dans le contexte national et européen et de développer des capacités pour poursuivre un cursus universitaire.

2.2.5. Les référentiels de formation

Dans le cadre d'une réforme importante de la formation des métiers du secteur paramédical, l'ingénierie de formation a été repensée, et s'appuie aujourd'hui sur des « référentiels de formation » en remplacement des anciens programmes des études. Dans le secteur, la réforme a d'abord concerné la formation des aides-soignants (2005), puis des infirmiers (2009) et des infirmiers spécialisés (puéricultrice, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, 2012). Nous entendons par ingénierie de formation une définition à empan restreint de conception, organisation, évaluation des actions et des dispositifs de formation (Hebrard, 2011).

L'approche par les compétences est un modèle qui a été largement introduit dans l'éducation et la formation. D'ailleurs, tout un courant pédagogique se définit comme centré sur les compétences et propose les caractéristiques suivantes dans leur référentiel : formulation opératoire des objectifs (savoir-faire), évaluation et certification de chaque objectif opératoire en termes de comportements observés dans des situations. Les pédagogues du courant behavioriste décrivent que cette méthode, « programme (qui) spécifie, en termes behavioristes, les objectifs à atteindre, les expériences d'apprentissage à entreprendre et le

mode d'évaluation des buts prédéterminés » (Elias & Merriam, 1980, p. 96, cité par Hebrard, 2013), peut fonder un programme de formation professionnelle technique basée sur la compétence.

Cependant, l'analyse des référentiels de formation en question met en exergue une incohérence entre l'ingénierie de formation par les compétences et les principes pédagogiques, les outils et les programmes des dispositifs de formation en question. Nous faisons référence ici aux attentes du législateur concernant l'autonomie des étudiants dans le développement de ses compétences et le recours permanent aux situations professionnelles dans sa formation, d'une part, et d'autre part la prescription d'outils et de supports de référence tels que le portfolio, support de l'évaluation des compétences, les référentiels et les grilles d'évaluation. Nous appuyant sur une analyse des textes de la réforme des professions paramédicales (Hebrard, 2013, p.18), nous partageons l'analyse critique : « les outils sont très prescriptifs, découpage de l'activité professionnelle en tâches et parfois opérations nombreuses, des référentiels de compétences mal distingués de listes d'activités et formulés dans des termes proches d'objectifs comportementaux ». Ce qu'il avance ici est plus un paradoxe entre une approche constructiviste de la formation avec les notions de situation, intégration, autonomie et réflexivité, et un paradigme plus behavioriste qu'il qualifie de techniciste. C'est en effet ce qui est observé dans les instituts de formation en soins infirmiers dans l'adaptation du référentiel de formation aux pratiques professionnelles des cadres de santé formateurs.

2.2.6. Le code de déontologie des infirmiers

Le code de déontologie des infirmiers comprend l'ensemble des droits et des devoirs des infirmiers, quels que soient leurs modes ou lieux d'exercice. Le premier code de déontologie des infirmiers a vu le jour en 2016 par le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016. Il se substitue à l'ensemble de la législation auparavant en vigueur concernant l'ensemble des règles professionnelles¹⁶ datant de 1993 et figurant dans le code de la santé publique¹⁷. Il permet de moderniser et d'enrichir les règles déontologiques concernant les relations avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. Il intègre les évolutions depuis une vingtaine d'année, en termes de droits des patients, de prises en charge des maladies chroniques, de la fin de vie, du très grand âge ; il prend en compte les restructurations hospitalières et le développement des prises en charge en ambulatoire ; tout

¹⁶ Article R4312-1 et suivants du code de la santé publique.

¹⁷ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique.

comme la recherche de productivité et les conséquences sur les professionnels en termes de rythme de travail.

L'apparition d'un code de déontologie pour les infirmiers peut laisser entrevoir l'idée d'une meilleure reconnaissance de la profession. Les professionnels infirmiers ont en effet largement élargi leur champ de compétences avec le droit de prescription dans un champ bien délimité, le renouvellement des contraceptifs, la vaccination, les substituts nicotiniques.

Enfin, ce code de déontologie permet aujourd'hui de répondre à quatre objectifs, celui de l'intérêt du patient (sécurité et qualité des soins), de la promotion de la profession et de ses intérêts, ainsi que la formalisation des prérogatives de l'Ordre national des infirmiers¹⁸ (datant seulement de 2006).

La partie suivante sera plus descriptive de la réforme des études avec la présentation des éléments fondateurs du référentiel de formation.

2.3. La réforme des études infirmières en France

2.3.1. Explicitation de la réforme de la formation infirmière

Les métiers de la relation humaine, travail social, professions de santé et de formation, ne se présentent pas comme des exceptions dans les dispositifs de formation professionnelle. Ils sont, comme la plupart d'entre-deux, conçus sur la base d'une ingénierie de formation qui se réfère à l'approche par compétences (Coudray & Gay, 2009) ou au modèle de la compétence (Zarifian, 2001). Nous l'avons évoqué précédemment. C'est effectivement à partir du référentiel de compétences de la profession infirmière et de son évolution que le référentiel de formation infirmière¹⁹ a été pensé. Il se structure autour de dix compétences qui fondent le métier d'infirmier, cinq dites « cœur de métier » et cinq « transversales ». Cette distinction a été faite dans un objectif de créer des passerelles entre les formations et les professions paramédicales et de permettre aux professions d'évoluer. Le futur infirmier doit développer ces compétences en s'appuyant sur les stages et sur les unités d'enseignement dont l'objectif principal est de permettre l'intégration des savoirs afin de favoriser leur mobilisation en situation professionnelle. La durée des stages s'est allongée dans la réforme, ce qui doit permettre à l'étudiant de développer des compétences, de s'intégrer plus à une équipe de soins et de comprendre le parcours du patient. Les enseignements théoriques sont regroupés sous l'appellation d'unités d'enseignement et sont dispensés sous forme de travaux dirigés, d'ateliers

¹⁸ Loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

¹⁹ Ministère de la santé et des sports (2009). JO du 7 août 2009 texte 18 sur 135 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Paris : Ministère de la santé et des sports.

pratiques et de cours magistraux. L'ensemble du dispositif de formation répond à une architecture universitaire avec six semestres correspondant à 180 crédits d'enseignement européens (ECTS²⁰). Il conduit à la délivrance du diplôme d'État d'Infirmier (DEI) par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Il est associé à l'obtention d'un grade licence qui confère à l'infirmier, depuis la réforme, une reconnaissance et un niveau universitaire.

Par ailleurs, le référentiel de formation accentue le développement chez le futur professionnel infirmier de capacités d'analyse et de mobilisation des savoirs et des concepts étudiés afin de faire face aux situations de travail et de relation de soins rencontrées, évolutives, imprévues. Il doit être en mesure de continuer à développer ses compétences acquises et d'envisager une poursuite de son parcours professionnel grâce à une spécialisation (Infirmier de bloc opératoire, Infirmière puéricultrice, Infirmier anesthésiste), une expertise clinique, un cursus universitaire (Master-Doctorat).

Comme nous l'avons déjà évoqué, la formation se fait en partenariat avec l'université de référence proposant une formation en santé, notamment pour un groupe d'unités d'enseignement ; et les IFSI d'une région, d'un département, ou d'une académie se regroupent en Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) selon les directives de la Circulaire interministérielle du 9 juillet 2009²¹. Cette convention acte principalement sur la contribution des universités à la formation des infirmiers, à certains enseignements et aux commissions d'examens, sur l'évaluation interne et externe, sur les modalités de vie universitaire pour les étudiants et sur le développement des formations universitaires susceptibles d'intérêt pour les infirmiers.

2.3.2. Le cadre réglementaire

La construction pédagogique du programme a également été revisitée. Elle est présentée sous la forme de recommandations aux professionnels chargés de l'enseignement, les cadres de santé formateurs et est résumée dans le cadre réglementaire d'après le référentiel de formation, annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'Infirmier que nous vous présentons maintenant.

²⁰ European Credit Transfer and Accumulation System.

²¹ Ministère de la santé et des sports et ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (2009). Circulaire interministérielle n° DHOS/RHI/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence/master/doctorat (LMD). Paris : Ministère de la santé et des sports et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

D'après l'annexe III, les finalités de la formation²² sont les suivantes. 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 en autonomie et en équipe pluridisciplinaire. 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. Concernant les principes pédagogiques²³, 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 ses 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. Ces derniers sont « 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 prévoit le développement de la posture réflexive²⁴. 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. Concernant la posture pédagogique²⁵, les modalités pédagogiques sont orientées vers la construction de savoirs par l'étudiant.

La formation clinique en stage²⁶ se déroule selon les modalités pédagogiques suivantes. 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. 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.

²² Référentiel de formation, Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, p.42, Paris : Edition Berger-Levrault.

²³ Ibidem.

²⁴ Ibid.p.43.

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ibid. p.48.

L'évaluation des compétences en stage²⁷ se fait en s'appuyant sur le portfolio de l'étudiant infirmier. C'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 dont une synthèse des analyses de pratique de l'étudiant à partir des activités réalisées en stage. Enfin, concernant la certification²⁸, les crédits européens correspondant au stage sont attribués dès lors que l'étudiant remplit les conditions requises dont la présence supérieure à 80% du temps prévu, l'atteinte des objectifs, la progression dans le développement des compétences, la réalisation d'actes et activités ; il est également demandé à l'étudiant « d'avoir analysé des activités rencontrées en stage et en avoir inscrit les éléments sur le portfolio ».

En synthèse, le référentiel renforce le développement d'une posture réflexive, recommande l'appui de la formation théorique par des situations professionnelles mobilisant les connaissances et les savoir-faire nécessaires et les concepts, et prévoit la pratique régulière d'analyse de situations et de pratiques.

2.3.3. Le programme de formation

Le référentiel décrit également la posture pédagogique orientée vers la construction de savoirs par l'étudiant dans une logique de pédagogie différenciée. Le courant socioconstructiviste commun à la plupart des formations supérieures actuelles donne son empreinte aux modalités de mise en œuvre de la formation. Il permet à cette pédagogie qui s'appuie sur des valeurs humanistes de reposer sur la diversité des situations vécues par les apprenants en stage. Les cadres de santé formateurs, eux-mêmes infirmiers de formation initiale, accompagnent les étudiants lors des travaux dirigés (TD). Ces TD leur laissent l'opportunité de faire des liens entre observations cliniques, hypothèses diagnostiques, signes cliniques, comportements, histoires personnelles, parcours de vie, événements, état clinique du patient, traitements, etc. Ils ont comme objectif de permettre l'acquisition d'une démarche clinique s'appuyant sur une méthodologie de résolution de problèmes de soins et/ou de santé et sur les interventions et/ou actions infirmières en réponse, par l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou hypothético-déductif. Les cadres de santé formateurs sont amenés à construire l'enseignement autour de situations et non plus autour de disciplines d'enseignement comme auparavant. Ces disciplines se présentaient sous une classification médico-chirurgicale et psychiatrique, même

²⁷ Ibid. p.53.

²⁸ Ibid. p.14.

si le programme de 1992 avait fait évoluer cette classification par des intitulés typiques : « soins aux personnes atteintes de pathologies cardio-vasculaires » au lieu de « cardiologie » ou « pneumologie » depuis 1979. Malgré cela, l'approche pédagogique restait centrée sur les pathologies et difficilement sur la personne soignée en demande de soins.

La formation théorique comporte quatre types d'unités d'enseignement :

- Unités d'enseignement contributives aux savoirs infirmiers
- Unités d'enseignement constitutives de compétences infirmières
- Unités d'enseignement d'intégration des savoirs et posture professionnelle
- Unités d'enseignement de méthodologie de travail.

Les modalités pédagogiques sont décrites en termes de méthode, de durée et de période. Les méthodes sont les cours magistraux, les travaux dirigés, les ateliers pratiques et les temps de travail personnel. Les périodes sont les semestres. Les enseignements sont partagés entre les IFSI et les universités selon les recommandations ministérielles qui proposent que les cadres de santé formateurs soient centrés sur les unités spécifiques au métier, et les enseignants de l'université sur les savoirs fondamentaux et la recherche. Dans la mise en œuvre, il existe des disparités dans cette répartition. Une coordination pédagogique entre les IFSI d'une région (département ou académie) et les universités, crée un partage inédit des responsabilités entre les acteurs des deux institutions.

La formation clinique de l'étudiant se fait conjointement par le système de l'alternance stage-IFSI. Les stages cliniques ont lieu sur des lieux d'exercice professionnel infirmier très variés. Leur durée est allongée, permettant le développement de compétences et le processus de professionnalisation. Leur durée moyenne est de dix semaines et ils sont répertoriés en quatre familles de stage (soins de courte durée, soins de longue durée, soins sur les lieux de vie, soins psychiatriques et santé mentale). Chaque étudiant en soins infirmiers doit réaliser au moins un stage dans chaque famille de stage précitée dans son cursus de formation. Le référentiel de formation définit le rôle des acteurs de la formation en alternance, en précisant la fonction tutorale et le référent de stage. Le référent de stage est un cadre de santé de l'IFSI qui se coordonne avec la structure d'accueil en stage. Il est prévu que le maître de stage, le tuteur de stage et les professionnels de proximité accompagnent l'étudiant dans le développement des dix compétences. Le tuteur de stage est nommé par le service, c'est un infirmier référent de l'encadrement des étudiants en soins infirmiers. Le maître de stage est souvent représenté par le cadre de santé du service ou le responsable de la structure, il est garant de la qualité de l'encadrement et de la mise à disposition de ressources pour se former. Les professionnels de proximité sont des personnels infirmiers ou aides-soignants qui

encadrent l'étudiant et transmettent au tuteur de stage la progression de l'étudiant dans l'acquisition des compétences et dans la réalisation d'actes et activités de soins.

2.3.4. Les Instituts de Formation en Soins Infirmiers dans ce contexte

Les missions des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) sont définies par l'arrêté du 31 juillet 2009 ²⁹ relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes paramédicaux, dont celui des infirmiers. Ils sont sous la responsabilité de l'État et de la région. L'État dicte les conditions d'accès aux formations paramédicales, le numérus clausus annuel ; il fixe l'organisation des études, les programmes de formation ainsi que les modalités d'évaluation ; il contrôle la qualité de la formation et le respect des programmes. C'est aussi l'État, par l'intermédiaire de l'Agence Régionale de Santé, qui procède à la délivrance finale des diplômes.

La région finance le fonctionnement et l'équipement des instituts de formation et attribue des aides éventuelles aux étudiants. La région donne les autorisations de renouvellement ou d'ouverture des IFSI et procède aux agréments, après avis des représentants de l'État.

Les instituts de formation en soins infirmiers ont comme missions principales la formation initiale des infirmiers, la formation préparatoire aux concours d'entrée, la formation continue des professionnels incluant la formation d'adaptation à l'emploi et, la recherche documentaire et la recherche en lien avec un intérêt professionnel infirmier. Actuellement, ces missions sont, pour la formation d'adaptation à l'emploi, quasiment inexistantes, et très peu développées en ce qui concerne la recherche.

L'équipe pédagogique est composée de cadres de santé formateurs, professionnels permanents de l'institut de formation. Elle est complétée par des intervenants extérieurs et des vacataires, pour la plupart des professionnels de santé ou universitaires. Les enseignants formateurs permanents répondent aux exigences réglementaires sous l'autorité du directeur de l'institut, qui est un directeur des soins ou un cadre supérieur de santé faisant fonction de directeur. Il est recommandé aux personnels enseignants d'être diplômés d'un diplôme universitaire de niveau Master dans le domaine de la santé, des soins, de la formation ou de la pédagogie. Cette recommandation date de 2009 avec l'universitarisation des études et l'obtention du grade licence aux diplômés infirmiers. En cohérence, un grade master de niveau supérieur est

²⁹ Ministère de la santé et des sports (2009). BO n° 2009/7 du 15 août 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadres de santé et aux agréments des directeurs. Paris : Ministère de la santé et des sports.

attendu chez les formateurs. Ces derniers sont diplômés cadre de santé ; ce diplôme est délivré aux infirmiers ayant suivi une formation continue de dix mois sur concours dans un Institut de Formation Cadres de Santé (IFCS). Le diplôme est associé à l'obtention d'une licence ou d'un niveau master. Il forme depuis 1995 l'ensemble des paramédicaux à la fonction d'encadrement ou de formation, les faisant passer du statut de cadre infirmier à cadre de santé. Aujourd'hui encore, la plupart des cadres de santé exerçant dans les IFSI sont des personnes de la profession infirmière, l'ayant exercé un minimum de quatre ans, avant d'être formé dans un IFCS pendant dix mois. La mobilité entre les deux fonctions est possible, donc certains d'entre eux ont rempli des missions d'encadrement du personnel paramédical avant de postuler en tant que formateur. L'embauche progressive d'infirmiers de grade master (voire doctorat) s'observe actuellement sur les IFSI ; ces infirmiers n'ont pas été formé cadre de santé.

3. Approche démographique de la profession infirmière

Nos principales sources sont les études de la DREES, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques et les travaux de l'ONDPS, Observatoire National de la Démographie des Professions de santé.

3.1. La situation démographique des infirmiers

La démographie infirmière a souvent fait l'objet d'un mythe dû au sentiment de manque de personnel infirmier dans les structures de soins. Cependant, le nombre d'infirmiers reste croissant avec, en 2015, 638 248 infirmiers actifs (DRESS), au premier janvier 2014, 616 796 Infirmiers Diplômés d'État (IDE) enregistrés sur le répertoire ADELI³⁰. Au premier janvier 2010, soit quatre ans auparavant, 520 000 infirmiers étaient recensés soit une croissance supérieure à celle de la population (1,7 en 20 ans). La densité est de 800 infirmiers en activité pour 100 000 habitants. La profession est féminine à 88%, plus de 50% des infirmiers travaille à l'hôpital public, et présente un âge moyen stable. Il existe une répartition inégale des infirmiers, notamment libéraux, sur le territoire français. Les mobilités interrégionales sont faibles, et sont favorables vers les régions du Sud.

³⁰ Automatisation DES Listes, des professionnels de santé relevant du Code de la Santé Publique et du Code de l'Action Sociale et des familles.

La première profession de santé en termes d'effectifs est celle des infirmiers, avant celle des médecins. Depuis 2000, les quotas des instituts en soins infirmiers ont été augmentés, passant de 18 436, à 26 436 en 2001 puis à 30 000 en 2003 mais les effectifs restent inférieurs aux quotas fixés au niveau national. Mais ce n'est pas principalement par la hausse des quotas que la forte croissance des effectifs s'explique. Elle dépend aussi des cessations d'activités des infirmiers et de la pyramide des âges. Une forte déperdition est observée entre les quotas et les diplômés trois ans après. 80% des étudiants inscrits valident leur diplôme trois ans plus tard. Parmi les infirmiers, les femmes représentent 88%, 22% sont âgés de plus de 50 ans, et 20% moins de trente ans. La part des jeunes diplômés (moins de trente ans) a donc augmenté de 16 à 20%. L'âge moyen est stable autour de 40,3 ans.

3.2. Les trajectoires des professionnels infirmiers

Comme nous l'avons évoqué, les infirmiers travaillent majoritairement à l'hôpital public, 14% dans le secteur privé, 12% en libéral et 4% dans une structure d'accueil pour personnes âgées. Les hommes travaillent plus dans le secteur libéral pour 17%, 12% à l'hôpital et 7% dans les établissements pour personnes âgées. Le travail à temps partiel est courant et constant dans la profession, pour un infirmier sur quatre. Les modes d'exercice de la profession sont les suivants : libéral, salarié de l'hôpital public, salarié de l'hôpital privé, salarié dans un établissement pour personnes âgées et autre salarié non hospitalier. Les infirmiers récemment diplômés sont majoritairement salariés dans des hôpitaux publics. Ceci est favorisé par la réglementation qui demande aux infirmiers nouvellement diplômés d'exercer sous l'autorité d'un cadre de santé dans un établissement de soins ou dans un groupement de coopération sanitaire pendant au moins deux années à l'issue de leur diplôme. Les changements de mode d'exercice sont quand même plus fréquents chez les jeunes, les hommes et les salariés, en notant que l'écart homme/ femme se réduit après 30 ans. Les migrations entre les régions sont peu nombreuses avec 1,1% en moyenne des infirmiers en activité entre 20 et 65 ans, et les disparités entre les régions sont grandes.

Enfin, il semble important de clarifier la cessation d'activité des infirmiers dans la mesure où circule l'idée fausse que les infirmiers effectueraient des carrières courtes. Les infirmiers prennent leur retraite en moyenne à 56 ans, pour ceux salariés des hôpitaux publics, à 59 ans ceux des hôpitaux privés, et 61 ans pour les libéraux. Massivement, les infirmiers salariés hospitaliers du public arrêtent de travailler à 55 ans, avec 20% des femmes et 17% des hommes partant avant, ayant la possibilité de le faire au bout de 15 ans de service dans la fonction publique hospitalière et en ayant élevé au moins trois enfants.

Nous avons dressé un panorama de la situation démographique et des trajectoires professionnelles des infirmiers d'une part, et nous présentons dans le paragraphe suivant la projection démographique des infirmiers à l'horizon 2030 à partir d'une étude de la DREES réalisée en 2011.

S'il est vrai que de nombreux facteurs influencent l'évolution des effectifs et leur répartition régionale et nationale, elle est aussi sous l'effet des choix professionnels des infirmiers et des décisions des pouvoirs publics. Cependant, l'étude en question propose des tendances en considérant comme constants le comportement des infirmiers et les décisions des pouvoirs publics. Tout d'abord, l'évolution des effectifs devraient continuer à croître mais moins rapidement que ce qui a été décrit autour les années 2010. Les infirmiers continueraient à travailler majoritairement à l'hôpital public et les écarts de densité régionale des infirmiers libéraux devraient diminuer significativement. Quant aux effets des mesures des pouvoirs publics, en plus de la réforme des statuts de la fonction publique, c'est la réforme des retraites³¹(2010) qui permettrait d'augmenter de 4% les effectifs de tous les secteurs d'activités et ferait baisser d'un an et demi l'âge moyen de cessation d'activité à 59 ans en 2030. Enfin, une baisse des quotas nationaux ferait diminuer la densité des infirmiers aux chiffres de 2010.

4. Approche sociologique de la profession infirmière

L'histoire de France, par des événements historiques comme les guerres, témoigne de la professionnalisation des infirmières et a permis aux infirmières de se constituer en profession. Nous souhaitons mettre en évidence ce mouvement de professionnalisation. Mais avant cela, nous proposons de parcourir l'évolution de la sociologie des professions à la sociologie critique en passant par la sociologie des groupes professionnels.

Les préalables nécessaires à l'étude d'une profession, ici celle de l'infirmier, nous semblent être ceux d'éclaircissements conceptuels notamment la distinction entre profession et métier, les approches sociologiques existantes, leurs origines et leurs cultures, les groupes professionnels. Il semble plus pertinent de s'intéresser aux groupes professionnels actuellement plutôt qu'aux professions qui sont toujours en pleine mouvance.

Nous pourrions ainsi présenter notre approche de la question, une approche interactionniste, et proposer une caractérisation de la profession infirmière et du groupe professionnel dont il

³¹ Loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

s'agit dans notre étude. *Profession, professionnalisme et professionnalisation* sont des termes très en vogue aujourd'hui. Ils présentent des distinctions définitoires notables, à l'origine des différentes conceptions de la professionnalisation. Nous terminerons ce chapitre par une présentation du concept de professionnalité et du groupe professionnel des professionnels de santé.

4.1. La notion de profession

L'appellation *profession* présente des différences d'approches selon que nous nous situons dans la sociologie dite anglo-saxonne ou dans la sociologie française. Nous appuyant sur les travaux de Dubar et Tripier (2011), pour cette partie plus historique de la présentation, nous pouvons interroger les raisons pour lesquelles une activité de travail est reconnue comme une profession, mais aussi ce qui fait qu'un groupe professionnel obtient les avantages liés à une profession. Les sociologues, historiens et juristes ne sont pas d'accord sur les définitions. Cependant, il est admis par nombre d'entre eux, et ce dès le début du XX^{ème} siècle aux États-Unis, que la profession comporte six traits professionnels communs.

D'après Flexner (1915), les professions traitent d'opérations intellectuelles associées à de grandes responsabilités individuelles ; leurs matériaux de base sont tirés de la science et d'un savoir théorique qui comportent des applications pratiques et utiles et sont transmissibles par un enseignement formalisé ; les professions tendant à l'auto-organisation dans des associations, et leurs membres ont une motivation altruiste. Dans cette conception typique de la sociologie fonctionnaliste des professions développée par Durkheim en 1902 (2013), le droit, la médecine, le clergé et l'armée étaient considérées comme les seules vraies professions. Cette approche a dominé le champ de la sociologie américaine et anglo-saxonne jusqu'aux années 1950.

Une autre conception de la sociologie des professions est celle interactionniste, émanant du courant de l'École de Chicago, avec comme théoricien et sociologue Hugues (1996). Ce dernier a pris le contrepoids et a consolidé une sociologie des groupes professionnels en France. En 1937, il caractérise la notion de profession comme biographique et identitaire, considérant que le travail d'un individu s'inscrit dans son histoire et son projet de vie. De nouvelles dynamiques issues d'une troisième conception néo-marxiste et néo-wébérien sont apparues plus récemment (Champy, 2011). Ce dernier courant s'intéresse au marché et considère les professions comme des entités du monde économique.

Dans la sociologie française, le terme anglais *profession* ne trouve pas d'équivalent mais, avec Dubar et Tripier, nous pouvons caractériser trois sens retenus. Dubar part d'une hypothèse

d'enracinement religieux qui a influencé l'évolution des professions dans la société occidentale notamment en France, en Angleterre et aux États-Unis. Il explique que la profession est quelque chose qui s'énonce publiquement et qui est lié aux croyances politico-religieuses (sens 1), que c'est une occupation par laquelle on gagne sa vie (sens 2), et qu'elle regroupe l'ensemble des personnes exerçant un même métier (sens 3).

En France, le terme profession reste très ambigu, car il présente une large extension dans son usage social. L'adjectif *professionnel* a des sens variés en s'opposant soit à amateur ou bénévole, en faisant référence au fait de gagner sa vie ou pas, ou encore en s'opposant à débutant ou apprenti. Selon Dubar, le terme professionnel opposé à débutant fait référence au fait que l'individu soit « intégré au groupe, confirmé dans son métier, expérimenté dans son activité qualifiée, reconnu par ses pairs mais aussi se déclarant comme tel » (2011, p.11). Mais la personne peut aussi être un débutant professionnel si elle gagne sa vie avec une activité pas suffisamment maîtrisée et qui ne permet pas de s'identifier (Ibid., 2011, p.11). Ces affirmations apportent des nuances au fait qu'un débutant ne soit pas considéré comme un professionnel. A l'instar de Dubar, le terme a continué d'évoluer pour laisser place à l'acception de professionnels débutants.

Classiquement, métier a été opposé au terme profession. L'étymologie même du mot métier *ministerium* qui signifie service, ministère rappelle que le travailleur est au service de quelque chose ou de quelqu'un, en se sentant appartenir au groupe des personnes faisant la même chose que lui. L'idée d'appartenance à un groupe professionnel prédomine celle de gagner sa vie et d'être reconnu par un salaire. Le métier présente une dominante manuelle, et la profession, intellectuelle ou relationnelle. Profession définit une occupation précise, et caractérise une activité à caractère intellectuel ou artistique qui présente un prestige et une position sociale, comme celle d'être médecin ou ingénieur. En France, le terme profession désigne souvent la branche professionnelle regroupant les travailleurs d'un même secteur d'activités, se reconnaissant dans les mêmes représentants syndicaux ou patronaux. On ne retrouve pas en France opposées les professions organisées en associations et les occupations qui n'ont droit qu'aux syndicats, comme c'est le cas aux États-Unis. Dubar et Trepier (2011) énoncent quatre sens du terme profession en affirmant qu'ils correspondent à quatre contextes d'utilisation et de points de vue sur l'activité de travail. Le quatrième sens correspond à la notion de fonction ou de position professionnelle.

<u>Profession = déclaration</u> Identité professionnelle Sens 1	<u>Profession = fonction</u> Position professionnelle Sens 4
<u>Profession = métier</u> Spécialisation professionnelle Sens 3	<u>Profession = emploi</u> Classification professionnelle Sens 2

Tableau 2 : Quatre sens du terme profession (Dubar et Trepier, 2011).

Le thème de la professionnalisation des infirmiers peut largement s'appuyer sur cet éclairage de significations car les points de vue des professionnels sur la pratique professionnelle et le travail sont bien déterminés par la place d'où ils envisagent la professionnalisation.

Dubar et Trepier (2011) parlent de triple enjeu des professions (politique, éthique-culturel, économique), à partir d'un triple point de vue : cognitif, affectif et conatif. Les professions représentent :

- Des formes historiques d'organisation sociale, de catégorisation des activités de travail qui constituent des enjeux politiques, inséparables de la question des rapports entre l'État et les individus. C'est la question des « groupes intermédiaires » (Durkheim, 1902, 2013) ;
- Des formes historiques d'accomplissement de soi, des cadres d'identification subjective et d'expression des valeurs d'ordre éthique ayant des significations culturelles ;
- Des formes historiques de coalitions d'acteurs qui défendent leurs intérêts en essayant d'assurer une continuité de leur profession dans une économie de marché rationalisée et mondialisée.

C'est ainsi que la sociologie des professions présente des objets autour de l'organisation sociale des activités de travail, leur signification subjective, et les modes de structuration des marchés du travail. Elle touche également à la sociologie de l'éducation concernant la formation professionnelle.

Nous appuyant sur les réflexions de Champy (2011), il nous semble intéressant de prendre du recul par rapport à la théorie des professions. En effet, le mouvement enclenché par les critiques des interactionnistes envers les fonctionnalistes, et l'idée d'appliquer les mêmes problématiques et les mêmes schèmes d'analyse à des professions, mais aussi à des métiers qui ne rentreraient pas dans la classification des professions selon les fonctionnalistes, par manque de qualité prestigieuse, présente une pertinence. Une mise en évidence des savoirs tacites détenus par les différents métiers a permis, progressivement, à une nouvelle sociologie d'émerger, celle des groupes professionnels. Cette dernière récuse l'idée d'une différence substantielle de contenu de travail ou de compétences entre les professions et les autres

métiers (Dubar, 2003, cité par Champy, 2011, p. 28). Cependant, ce positionnement rejetant les différences et par-delà même les spécificités présente des limites et peut avoir un impact fort sur les recherches sur les activités. Ainsi, le courant de la sociologie critique propose d'accorder une importance aux petits métiers, à la diversité des situations dans une démarche donc plus empirique. Ce courant est encore très présent en France, mais dans d'autres pays, les chercheurs utilisent des articulations d'analyses micro-, méso- et macrosociologiques pour étudier les changements culturels ou institutionnels qui touchent les professions (Champy, 2009, p.31).

Des chercheurs comme Abbott (1988) et Freidson (2006) approchent la problématique des professions par la recherche de leurs spécificités, et posent des questions (en rupture avec le modèle des sociologues critiques) remettant en cause le modèle professionnel, et « plus particulièrement sur les entraves croissantes à l'autonomie professionnelle ». (Champy, 2009, p.31). Des études ont mis en avant le développement de la bureaucratisation des organisations (Freidson, 1994) qui exerceraient des pressions croissantes sur les professionnels. Une nouvelle conception du professionnalisme est alors en jeu, avec une intention d'amélioration de l'efficacité et la prévisibilité du travail, conception en rupture avec les modèles de professionnalité des professions établies (Evetts, 2006). En France, certains travaux démontrent une tendance de pression similaire sur la profession médicale (Pierru, 2007), les professions juridiques et les architectes (Champy, 2001).

La question que nous pouvons nous poser est l'existence de cette pression sur le groupe professionnel des infirmiers, travaillant eux aussi, pour grand nombre d'entre eux, dans des organisations hospitalières sujettes aux mêmes pressions économiques.

Nous avons développé cette évolution de la sociologie des professions pour amener notre conception même de la notion de profession. S'agissant des infirmiers, elle renvoie bien à un ensemble de personnes ayant une même pratique professionnelle qui leur permet de subsister ; le fait qu'elles s'y identifient relève pour nous d'une importance primordiale dans notre approche psychophénoménologique. Mais c'est sans occulter que la profession exprime une entité sociale relativement autonome par l'organisation réglementée de la formation et de la profession ainsi que l'accès à la formation et à la profession. Elle comporte des contraintes matérielles propres à son exercice, de surcroît, des jeux stratégiques et symboliques, des modes de régulation et des processus de socialisation existent. L'ensemble de ces processus en jeu permet le développement d'un éthos professionnel, dans l'alliance pour le sujet de ses représentations d'un éthos de métier et de celles qui évoluent avec son expérience élaborée.

Par ailleurs, le caractère rémunératif d'une activité ne suffit pas pour parler de « monde professionnel », lieu de carrière et milieu de socialisation (Hughes, 1958). Le passage du profane au professionnel implique une initiation de l'individu à la culture professionnelle et une conversion quasi religieuse qui le métamorphose sur le plan identitaire (Dubar, 2000). Cette conversion se ferait par des opérateurs et mécanismes socialisateurs.

Dans ce chapitre, abordant la question par une approche sociologique, il est intéressant de préciser que le sociologue américain Huges (1996) apporte des résultats éclairants sur l'étude du travail d'infirmière. C'est lors d'une communication à un congrès de l'Association des Infirmières Américaines, puis dans son ouvrage, « Le regard sociologique », qu'il propose une grille d'analyse pour étudier le travail d'infirmière. Le poste de travail correspond toujours à une position dans une organisation et nécessite la prise en compte du poste de travail de l'infirmier par rapport aux autres catégories de personnels.

Au regard de l'évolution rapide des technologies, les frontières entre les différentes catégories sont en permanence interrogées, notamment celles entre l'infirmier et le médecin. Un intérêt se porte aussi sur les frontières entre l'infirmière et le patient lui-même, sur la posture et l'implication du patient dans les soins, comme le montrent des recherches récentes sur la reconnaissance du travail des malades et la notion de patient-expert (Thievenaz & Tourette-Turgis, 2013). Les modalités de relation entre l'infirmier et le patient sont également à inclure dans une grille de lecture sur le travail infirmier, tout comme peuvent l'être le contenu et l'unité du faisceau de tâches accompli par l'infirmier. L'auteur aborde également la notion d'appellation de la profession qui regroupe l'ensemble des tâches accompli par une seule et même personne, sous le même nom. C'est un aspect important qui rejoint la délimitation des tâches et, par conséquent, celles des frontières entre les professions, toutes gravitant autour du patient. Nous parlons aujourd'hui de « professions adressées à autrui » (Barbier, 1996c), de « métiers adressés à autrui » (Maubant & Piot, 2011) ou de « métiers de l'interaction humaine » (Tardif & Lessard, 1999 ; Piot, 2009 ; Beckers, 2007) voire de « métiers de l'humain » (Bodergat & Buznic-Bourgeacq, 2015). Et par là même, les délimitations des tâches et des frontières placent la personne soignée au cœur même de la relation et non plus, la maladie, comme cela a existé et existe encore dans la culture professionnelle des médecins.

Toutes les tâches des infirmiers ne reçoivent pas le même niveau de valorisation, c'est ce que Huges a proposé d'éclaircir en proposant une échelle de lecture des tâches allant de celles qui nécessitent obligatoirement la qualification d'un infirmier et celles qui ne le sont pas. Cette échelle a largement été utilisée depuis une vingtaine d'année et a permis de mettre en évidence « *le sale boulot* » des infirmiers, en sachant que toutes les professions comportent une part de

« *sale boulot* ». Enfin, il évoque la possibilité d'étudier le travail de l'infirmier par les rôles sociaux. Le rôle social est alors entendu ici dans le sens de la drama, la « *social drama of work* » (Hugues, 1996), le personnage que l'on joue dans une pièce, ici en l'occurrence pour l'infirmier, la scène moderne de l'hôpital et des autres structures de soins. Il désigne, d'après Hugues, les rôles que les personnes pensent qu'on attend d'elles, ou les rôles qu'on leur permet de jouer sur la scène.

Face à cette tendance d'appropriation sociale des termes du champ de la professionnalisation, il semble essentiel de nous attarder quelque peu sur les acceptions de professionnalisme, et de distinguer celles de professionnalisation et de professionnalité.

4.2. Le professionnalisme

D'après Demazière (2013), le concept de « professionnalisme » a été développé par les sociologues des professions dans les années 1930, il a émergé de la caractérisation de l'autonomie des professionnels et des habilités professionnelles pour atteindre une autonomie. Dans son acception courante, il permet de qualifier les manières de travailler, en mettant en avant les notions de conscience professionnelle et le développement des compétences.

Dans le champ des sciences sociales, le concept de professionnalisme permet de s'interroger sur la division du travail et la spécialisation des rôles professionnels, en décrivant la qualité du travail accompli et les mécanismes de régulation nécessaires. Il est chez les anglo-saxons, une forme d'organisation du travail sur le modèle de la profession, autonome, nécessitant une maîtrise des savoirs spécialisés. Il a été développé par les interactionnistes en désignant une activité de travail, plus largement définie. C'est alors que le terme a pu distinguer les professionnels des amateurs et désigner aussi bien des individus exerçant des professions que des métiers. La combinaison de la capacité à bien travailler, et celle de se mettre à la place du client pour comprendre ses attentes permet d'atteindre un professionnalisme (Demazière, 2013). En plus, une reconnaissance du professionnalisme par les différents acteurs liés à l'activité de travail permet la légitimité du professionnel dans son domaine d'activité et son champ d'action. Hugues (1996) énonce que c'est la socialisation professionnelle significative qui permet le professionnalisme. Cette socialisation passe par la formation, l'apprentissage par l'expérience et l'appropriation de normes spécifiques, et « un sens du travail bien fait » (Hugues, 1996). Nous pouvons préciser que l'autonomie désignée comporte des différences du point de vue du courant des fonctionnalistes ou des interactionnistes. Autonomie sur le travail pour les uns, « avec une délégation à un ordre professionnel de l'organisation de l'activité, du contrôle de l'accès au marché du travail, du pouvoir de sanction en cas de

manquement aux règles de la profession » (Demazière, 2013, p.238). Autonomie dans le travail pour les autres, le professionnalisme est alors dans le champ de la production du service, délimité à la réalisation des tâches dans un lieu de travail.

Enfin, les autorités publiques, l'État, les clients ou le marché lui-même donnent aux professionnels leur autonomie. Notons que l'ordre professionnel des infirmiers a été créé en 2006. Abbott (1988) parle du professionnalisme comme dépendant d'une reconnaissance et d'une légitimation par ces « auditoires ». La régulation du travail professionnel est donc dépendante de sources externes. C'est par leur observation plus fine que le débat sur le professionnalisme a été relancé. Le sens du concept de professionnalisme a évolué, sous l'influence d'un mouvement de salarisation très développé qui a touché l'ensemble des professions d'après Kuhlman (2006). La figure des professionnels bouge au sein des organisations, incluant l'exercice du travail expert et le rapport de subordination avec les employeurs.

C'est ainsi que le professionnalisme devient « un discours destiné à accompagner et promouvoir les changements pilotés par les directions d'entreprises et d'administrations ». Il devient alors un « moyen de déposséder les professionnels de leur autonomie, une normalisation et un gouvernement des conduites » (Fournier, 1999, cité par Demazière, 2012, p. 88). Des contrôles hiérarchiques existent et visent l'efficacité économique, et remplacent les systèmes de régulation collective qui visaient des objectifs de qualité de travail ; Evetts (2003) parle de professionnalisme d'en haut, par le haut.

Il existe donc plusieurs formes de professionnalisme, celle où les spécialistes d'une activité contrôlent leur travail, celle du marché où les clients contrôlent le travail et celle bureaucratique où les managers et les hiérarchies le contrôlent (Freidson, 2001). Tous ces éléments nous amènent à penser le changement, comme nous invite à le faire Becker (2009), comme un déclin des professions, un rétrécissement des autonomies professionnelles, une mutation des modèles professionnels et comme des recompositions du professionnalisme. Il évoque la multiplication et la contradiction des significations du concept professionnalisme (Ibid., 2009).

Malgré cela, la notion de professionnalisme est utile à la compréhension des dynamiques institutionnelles et des recompositions des territoires professionnels. Elle permet d'analyser les rapports entre formations et métiers et les recommandations au sujet des compétences. Elle désigne des « conceptions normatives de ce que le travail doit être, des manières dont il doit être réalisé, des façons de le considérer et d'évaluer » (Ibid., 2009, p.7).

Cette conception explique le succès de la notion auprès des acteurs professionnels qui l'utilisent notamment dans la mise en place de stratégies managériales, dans des résolutions de problèmes professionnels, ou bien dans la gestion des rapports sociaux.

D'après Boussard (2010), c'est une catégorie qui n'est plus monopolisée par les professionnels pour légitimer une revendication d'autonomie, mais qui est mobilisée par les managers et les clients pour exiger une *accountability*, pour formuler des injonctions.

La recherche de distinction conceptuelle nous a amené à cerner ce qu'est réellement le professionnalisme, et à le distinguer de professionnalisation. Ses usages sociaux sont en effet parfois très différents et ont comme intentions des stratégies managériales et politiques.

4.3. Les enjeux de professionnalisation

Outre le fait qu'elle soit très utilisée dans le langage social, c'est-à-dire dans le champ de pratiques aussi bien dans les milieux de travail que dans ceux de la formation, la notion de professionnalisation est récurrente dans les travaux de recherche portant sur l'activité et le travail humain. Ainsi, nous appuyant sur des chercheurs, notamment en Sciences de l'Éducation, nous proposons d'éclaircir la notion et de proposer des définitions qui guideront notre approche personnelle de la question.

La *professionnalisation* marque le passage des occupations aux professions et des connaissances empiriques aux connaissances scientifiques (Wittorski, 2005). Dans la lignée de R.K. Merton³², sociologue américain (1957), elle désigne le processus historique par lequel une activité devient une profession par un cursus universitaire qui transforme des connaissances empiriques en savoirs scientifiques.

Dubar et Tripier (2011) retiennent les deux sens proposés par Hoyle (1980,1983). La professionnalisation est définie comme un processus d'amélioration des capacités et de développement des connaissances, et comme la stratégie du groupe professionnel pour faire reconnaître sa profession. Elle concerne alors la dynamique de construction identitaire d'un groupe social et met au jour toute une rhétorique utilisée par le groupe en question en quête de reconnaissance sociale. En 2000, Bourdoncle rajoute un troisième sens situé à un niveau plus individuel, « celui d'adhérer à la rhétorique et aux normes établies collectivement » de la profession (Ibid., p.16). Les cinq objets possibles de la professionnalisation sont l'activité, le groupe exerçant l'activité, les savoirs, les personnes exerçant l'activité et enfin, la professionnalisation de la formation (Ibidem., 2000, p. 16-18). Notre intérêt porte sur la

³² Cité par Wittorski (2005). Merton, R.K. (1957).

compréhension des transformations des individus et donc à la professionnalisation des personnes exerçant l'activité de travail (reprenant la classification ci-dessus).

C'est un double processus d'acquisition des savoirs et de compétences professionnelles en situation réelle et de construction d'une identité par identification à un rôle professionnel [...] le processus par lequel les gens acquièrent les valeurs et les attitudes, les intérêts, capacités et savoirs, bref, la culture qui a cours dans les groupes dont ils sont ou cherchent à devenir membre (Bourdoncle, 2000, p. 18).

La professionnalisation s'appuie sur des acquis personnels ou collectifs qui concourent, par l'acquisition et le développement des éléments tels que les savoirs, les connaissances, les capacités et les compétences, à la construction d'un professionnel. Ces indicateurs caractéristiques d'une profession peuvent permettre de dire que l'individu est pourvu d'une **professionnalité**. Barbier (2011) met en avant les notions d'intentions de transformations des compétences et des activités. Cette approche introduit la notion de professionnalité que nous aborderons dans le chapitre suivant. La professionnalisation des individus est liée aux compétences développées par ceux-ci, et elle suppose une transformation de ces derniers pour atteindre la construction et le développement de leur professionnalité. D'autres chercheurs comme Wittorski et Jorro (2007) emploient, quant à eux, le vocable de *développement professionnel* plutôt que celui de transformation.

4.4. La professionnalité

Depuis son apparition il y a vingt-cinq ans et ce, jusqu'aux années 2000, la notion revêt un caractère social et collectif. Le terme est polysémique et son évolution est intéressante à parcourir dans la mesure où elle dévoile les enjeux très sociaux de la question.

L'origine de la notion vient des mouvements sociaux italiens de la fin des années soixante où les revendications des ouvriers de l'industrie étaient de faire reconnaître leurs compétences et leurs savoirs, d'obtenir la légitimation et la qualification d'ouvriers spécialisés.

De la revendication du métier à défendre aux acceptions plus contemporaines qui mettent en avant la dimension plus individuelle, la notion de professionnalité n'est employée en France que depuis les années 90. Certains auteurs l'utilisent avec une connotation positive comme un synonyme de « qualification » ou de « métier », c'est le cas de Dadoy dès 1986.

A l'origine de son usage dans le champ de la recherche sociale, la professionnalité est « une expertise complexe et composite, encadrée par un système de références, valeurs et normes, de mise en œuvre, ou pour parler plus simplement un savoir et une déontologie, sinon une science et une conscience » (Aballéa, 1992, p. 46-47). Cette professionnalité est attribuée à un individu ou à un groupe qui développe un système d'expertise spécifique, qui suit un code de déontologie doté de règles morales et de principes éthiques, et qui fait référence à un système de valeurs propres. La professionnalité est alors examinée comme un état. Dans une autre acception, elle peut être considérée comme des acquis d'un individu et sa capacité à les mobiliser dans la réalisation de son travail (Trépos, 1992). Proche alors de la notion de compétence professionnelle, elle se crée et s'évalue en situation de travail. Mathey-Pierre & Bourdoncle (1995) retiennent l'idée de capacité professionnelle et d'expertise professionnelle pour définir la notion. Enfin, pour Casalfiore & Paquay, (1998), c'est l'ensemble des compétences socialement reconnues comme caractérisant une profession permettant de faire face aux exigences professionnelles réelles en situation.

Ainsi, jusqu'aux années 2000, et encore pour certains aujourd'hui, la notion de professionnalité est employée dans une désignation très sociale et dans une dimension institutionnelle. C'est la reconnaissance des professionnels au regard des attentes des institutions et des organisations, le regard évaluatif de la hiérarchie ou du législateur sur les professionnels. Il s'agit alors de vérifier s'ils ont les compétences, les capacités, les savoirs et les connaissances nécessaires à l'activité professionnelle. Cette tendance sociale peut aller jusqu'à évaluer la concordance de l'identité professionnelle de l'acteur avec les normes institutionnelles ou du groupe professionnel. Le groupe professionnel propose ainsi un cadrage de la professionnalité de ses pairs. Cette approche très sociale de la professionnalité est centrée sur l'acteur social répondant à des attentes normatives fortes, souvent mobilisées par les directions et les hiérarchies.

Pourtant dans l'usage de la notion de professionnalité se trouve l'idée, quoique peu exploitée jusqu'alors, du processus en constante évolution et venant de l'acte de travail (Trépos, 1992) et le sujet se reconnaissant lui-même dans l'action professionnelle (Eraut, 2000, 2007). Il décrit une construction intermédiaire de la professionnalité du sujet par des savoirs du métier et des savoirs singuliers. Le sujet est alors au cœur du processus.

Les acceptions contemporaines ont repris progressivement les éléments constitutifs de la notion, enrichies des approches psychologiques questionnant le sujet lui-même au cœur de sa professionnalité.

Cette dynamique inhérente à tout processus, cette idée de mouvement et d'évolution permanente se retrouve dans la conceptualisation de *professionnalité émergente* proposée par Jorro (2011). La **professionnalité émergente** « constitue une manière de caractériser l'incorporation en cours de compétences et de gestes professionnels ainsi que les processus d'appropriation à l'œuvre qui annoncent une expertise à venir » (Jorro, 2011, p.7). Le professionnel se formant vit des processus de transformations prenant appui sur des savoirs théoriques, des savoirs d'action et sur la réflexion éthique. La notion a une visée praxéologique, elle permet l'analyse de l'action du sujet, pour notre part du sujet débutant.

Malgré la référence à la notion même d'expertise, Jorro questionne le modèle dichotomique expert/novice et introduit une approche pragmatique et éthique de la notion. Il s'agirait de considérer une expertise sans cesse réinterrogée et questionnée et, non pas, une expertise acquise définitivement et stabilisée.

Nous développerons le concept de professionnalité émergente dans la partie traitant de la problématique. Cette notion est centrale dans notre démarche de recherche doctorale.

4.5. Le groupe professionnel des professions de santé

Parmi les professionnels de santé, certains se situent à la frontière du champ médico-social et du champ éducatif. Ils travaillent dans des équipes pluridisciplinaires comportant des professions sociales et médicales, et répondent pour la plupart aux services publics. Les infirmiers font partie des professionnels de santé mais le contour de cette catégorie sociale est difficile à délimiter.

D'après le rapport Berland et Gausseron concernant la démographie des professions de santé, elles sont soumises à une autorisation d'exercice avec des actes codés, c'est-à-dire les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs en radiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers (2002, p. 7). Il est surprenant de voir que les psychologues cliniciens en soient exclus alors qu'ils travaillent en collaboration avec les médecins et les infirmiers, notamment dans les secteurs de psychiatrie ; de même que des personnes participant de près ou de loin aux soins comme les aides-soignants, les agents hospitaliers ou les brancardiers.

Après avoir défini les professionnels de santé dans un cadre réglementaire afin de pouvoir situer l'infirmier dans un champ d'activités professionnelles, nous nous intéressons rapidement à la question du genre. C'est souvent le vocable utilisé socialement qui est révélateur de la forte dominante féminine de la profession, notamment pour les infirmières, les sages-femmes,

les puéricultrices ; pour d'autres l'appellation au masculin perdure, comme pour les médecins. L'arrivée d'hommes ou inversement de femmes dans une profession fait évoluer les vocables dans les usages sociaux, comme docteur/doctoresse, sage-femme/maïeuticien.

Concernant l'aspect hiérarchique des professions sanitaires déclinées le plus souvent au féminin, un paradoxe perdure entre la considération très noble qui leur est socialement réservée et celle moins grande qui consiste à penser que leur exercice professionnel exige des qualités naturelles et non des compétences reconnues professionnellement. Cette dernière idée légitime leur peu de reconnaissance salariale, assimilant certaines activités à du travail domestique féminin ou à du bénévolat des femmes. L'origine de ces professions laisse encore son empreinte dans les représentations sociales. Les activités accessibles sans diplôme ont des difficultés à se positionner dans leur champ professionnel sanitaire et social. Le cas de la profession infirmière peut sembler différent car on y accède par l'obtention d'un diplôme, cependant des éléments émanant de la genèse de la profession comme le bénévolat, la religion, la féminisation, influence encore aujourd'hui dans une certaine mesure la professionnalisation des infirmiers. Les rapports hiérarchiques existent dans ces professions très féminisées. La profession infirmière se réclame d'une part du côté ascendant, celui des médecins, et d'autre part, du côté descendant, celui des professions moins techniques et qui composent la chaîne ouvrière du paysage hospitalier. Dans les années 90, des recherches ont porté sur le développement de l'autonomie de l'infirmière qui a contribué à sa professionnalisation. Une partie de ses activités sont des tâches que l'aide-soignante peut réaliser, que l'on retrouve sous le vocable *soins de confort et de bien-être*, anciennement qualifiées de soins de nursing. L'autre partie de ses activités regroupe des tâches plus techniques que l'on retrouve dans le référentiel d'activités de l'infirmier. Ces activités sont spécifiques à l'infirmier, ils ne sont réalisables que par un infirmier et non pas en collaboration comme peuvent l'être les soins d'hygiène ; il s'agit notamment de la pose d'une voie veineuse périphérique ou sur une voie centrale, de la pose de sonde naso-gastrique.

S'il est vrai que la sociologie des professions s'est plutôt consacrée à l'étude de groupes professionnels prestigieux et reconnus socialement depuis des décennies, elle a su s'ouvrir à des groupes professionnels moins élevés dans la hiérarchie sociale. Arborio (2009) met en avant la division du travail dans l'organisation hospitalière qui a été fortement construite à partir du corps médical, la profession médicale apparaissant ainsi comme un prototype de la définition fonctionnaliste, avec une grande autonomie. C'est ainsi que le terme « paramédicaux » est apparu, désignant l'ensemble des personnels soignants autres que médicaux comme étant interdépendants et sous le contrôle du médecin (Freidson, 1984).

Aujourd'hui, la division du travail, ainsi que les responsabilités et les rapports hiérarchiques ont évolué pour laisser place à deux lignes hiérarchiques distinctes, la hiérarchie médicale et celle des paramédicaux (infirmiers, cadres de santé, cadres supérieurs de santé, directeurs de soins).

Dans les établissements de soins, la profession infirmière est celle dominante aujourd'hui mais elle travaille en collaboration avec d'autres soignants. Comme nous l'avons décrit précédemment, certains actes infirmiers, ceux en lien avec les soins d'hygiène et de confort, sont exécutés le plus couramment par l'aide-soignante. Ceci place l'aide-soignante dans une position de dépendance de l'infirmier concernant l'exercice de sa fonction, mais par cela même elle se différencie des agents de service. Les aides-soignantes sont considérées comme une catégorie intermédiaire dans l'échelle des valorisations sociales, « entre l'infirmière dont le rôle et les compétences techniques sont reconnus et à laquelle le grand public associe généralement le travail hospitalier non-médical et l'agent du service hospitalier chargé des tâches les plus matérielles comme l'entretien des locaux » (Arborio, 2009, p.52). S'appuyant sur les travaux de Goffman (1963), cette sociologue propose une description de l'hôpital comme permettant à des personnels éloignés hiérarchiquement de travailler ensemble ou de partager à la fois les mêmes espaces et le même « matériau ». Les aides-soignantes, tout comme les infirmières, et l'ensemble des professionnels de santé, ont un objectif commun de soigner les malades, ce qui confère à leur travail une valorisation sociale fortement reconnue. Dans le mouvement de professionnalisation des infirmières, la délégation des tâches liées à l'hygiène et au confort du malade à la catégorie professionnelle des aides-soignantes a fait perdre à l'infirmière « un peu de son rôle valorisé tenant à la relation au malade ». C'est notamment par l'accentuation de la division du travail sous l'effet de la rationalisation technique des soins depuis les années 90 que le processus s'est développé (Brannon, 1994).

Chapitre 2 : La professionnalité des infirmiers

Socialement, autrement dit d'un point de vue des acteurs sociaux, la professionnalisation des infirmiers s'entend comme le développement des compétences professionnelles et de l'identité professionnelle de ceux-ci. Nous pouvons y voir des usages sociaux de la notion associant professionnalité et professionnalisation. Dans son étude, Savoyant (2005) retient une définition centrée sur le développement des personnes et des compétences. Il propose d'étudier les premiers développements de la professionnalité des infirmiers, dans les stages pendant leur formation et lors de leur première prise de fonction, sous l'angle des situations de soins rencontrées.

Nous décrivons ici successivement l'activité de l'infirmier dans ses dimensions multiples, techniques, relationnelles, organisationnelles et pédagogiques. Nous enrichissons cette approche didactique par celle de la clinique de l'activité afin de montrer l'importance du genre de l'activité dans ces environnements professionnels. Dans un second temps, et pour permettre d'aller plus loin dans notre étude, nous explorons la signification des gestes de métier et nous décrivons des éléments utiles à la compréhension de l'identité professionnelle de l'infirmier.

1. Approche didactique de l'activité de l'infirmier

Dans cette approche didactique, la focale est mise sur les premiers développements d'une professionnalité sur les plans des compétences professionnelles et de l'identité professionnelle (Savoyant, 2005). Le postulat le plus courant est de considérer que des situations de soins permettraient de concourir au développement des savoirs et des compétences nécessaires au jeune diplômé infirmier. Ce modèle correspond au modèle du référentiel de formation et de compétences. Ces activités de soins comportent trois dimensions essentielles : technique, relationnelle et organisationnelle, auxquelles nous pouvons rajouter une dimension transversale pédagogique.

Les différentes dimensions du travail infirmier s'appuient sur la communication infirmière dans une équipe de soins. C'est une communication précise et rapide des informations (Acker, 2004).

1.1. La dimension technique

L'infirmier s'appuie sur un ensemble de procédures, de protocoles et de prescriptions pour mener une partie de son activité professionnelle. Il doit comprendre la procédure, et sa justification afin de donner sens à sa pratique en lien avec la situation du patient qu'il prend en charge. Les savoirs biomédicaux, à la base de ces procédures, sont nécessaires à l'infirmier pour exécuter d'une part, et aussi pour planifier les prescriptions médicales. L'activité de planification des prescriptions nécessite que l'infirmier comprenne la thérapeutique médicale, cette activité est complexe contrairement à ce qui peut être perçu de prime abord, car elle implique que le professionnel ait une lecture de cette prescription médicale au regard de la situation clinique du patient et de son traitement. Par cette activité de planification de prescriptions médicales, l'infirmier se questionne sur l'intérêt de la prescription pour le patient dont il est question et effectue, du même coup, une activité de contrôle de celles-ci. Par ailleurs, l'infirmier s'appuie sur ses savoirs biomédicaux pour répondre aux questions des patients et des familles. Il fait souvent office de traducteur de ces données en des termes plus abordables pour les patients et leurs proches. L'étude montre que ces savoirs biomédicaux répondent au schéma simple de cause-effet, c'est-à-dire que l'infirmier sait que, pour un patient ayant des nausées, tel médicament va être prescrit, ce qui lui permet d'anticiper certaines actions prévues dans les protocoles de soins auparavant rédigés par les médecins. Les prescriptions médicales englobent d'autres interventions sur le patient que celui de dispenser des thérapeutiques médicamenteuses, il s'agit de relever des paramètres vitaux, de prélever des bilans sanguins et artériels, de poser une voie veineuse périphérique, de réaliser un pansement simple ou complexe après une opération, de poser une sonde vésicale et gastrique, et bien d'autres dont l'énumération serait trop longue. Tout comme pour la distribution des traitements médicamenteux, l'infirmier donne du sens à ses interventions auprès du patient en les mettant en lien avec la situation clinique, la pathologie et d'autres paramètres spécifiques. Elles s'appuient également sur des savoirs relevant de l'hygiène, de l'asepsie, de la cancérologie, etc. Là encore, ces interventions de soins s'appuient sur des protocoles et des procédures formalisés. Cependant, la part réflexive, et adaptative du professionnel en question intervient pour leur mise en œuvre, en plus des habiletés personnelles sur les plans de la dextérité par exemple, pour piquer un patient. Nous parlons alors des savoirs pratiques. Ces habiletés motrices se combinent à des habiletés mentales qui sont mobilisées notamment dans les activités de surveillance clinique. Ces activités s'appuient sur les savoirs académiques de référence.

1.2. La dimension relationnelle

En plus de la dimension technique, l'activité infirmière comporte une dimension relationnelle à laquelle les soignants eux-mêmes accordent une importance. Nous pouvons distinguer au moins trois aspects de cette dimension relationnelle. Il s'agit du relationnel qui accompagne le soin, celui qui découle de la sociabilité (le patient est avant tout une personne), celui qui est lié à la considération du patient comme vivant avec une maladie (conséquences psychiques de la maladie). La prise en charge infirmière globale du patient, dans ses aspects bio-psycho-sociaux, est guidée par une approche humaniste et fait de l'activité relationnelle un véritable champ d'activité.

1.3. La dimension organisationnelle

La troisième dimension de l'activité de soins par l'infirmier est organisationnelle car celui-ci a pour mission de prendre en soins un groupe de patients répartis entre les infirmiers selon des critères de complexité et de lourdeur de prise en charge. L'aspect organisationnel tend à optimiser la qualité de la prise en charge et le temps de travail. Des interactions de coordination entre les professionnels sont courantes dans la journée et les actions de réajustements sont également fréquentes au regard de la planification préétablie. La capacité de l'infirmier à hiérarchiser, à prioriser et à anticiper est primordiale pour travailler. Ces interactions de coordination rythment la journée de travail et se présentent comme des ajustements réciproques des individus pour pouvoir fonctionner ensemble.

1.4. La dimension pédagogique

Outre ces trois dimensions, l'infirmier a une activité de transmission des savoirs et de développement des compétences. Cette activité peut se repérer dans des situations didactiques de tutorat, dans des situations non-didactiques où l'on apprend dans le cours de l'activité sans intention de formation, et dans des situations a-didactiques où l'on profite des situations pour apprendre (Savoyant, 2005). Le tutorat est considéré ici comme une pratique d'accompagnement professionnalisante (Paul, 2002). C'est souvent dans les situations didactiques de tutorat que nous constatons une formalisation de l'intention de transmettre un savoir pratique et théorique à une autre personne. Les deux personnes sont repérables par leur fonctionnement en binôme, il peut concerner une infirmière débutante, une stagiaire infirmière, une infirmière en insertion dans une unité de soins. Les modalités de transmission sont repérables et peuvent être procédurales : l'infirmière tutrice explique et montre le soin,

puis fait faire, contrôle et corrige si nécessaire. La répétition fait partie des modalités, et la difficulté principale réside dans l'automatisme des gestes et de l'activité des infirmiers expérimentés dans ce type de transmission des savoirs en situation de travail. Nous notons que les infirmiers vivent et décrivent l'activité de tutorat comme une charge de travail supplémentaire. Dans les situations non-didactiques, l'infirmier débutant ou le stagiaire apprend dans le cours de l'activité, construit son expérience et développe des compétences pratiques (techniques et relationnelles), des gestes professionnels, des façons de faire. L'apprentissage en situation de travail (Bourgeois, 2012) est largement favorisé par l'aspect collectif de l'activité. Le travail est discuté dans l'équipe soignante, entre les collègues infirmières, les aides-soignantes, les cadres de santé, les médecins, etc. Par ailleurs, le fait de revenir sur des expériences vécues par les infirmiers favorise l'apprentissage, il peut prendre la forme d'une activité réflexive sur son activité de façon individuelle ou collective, complété par des recherches personnelles sur le temps de travail et en dehors. Les bonnes conditions matérielles de travail favorisent cette activité réflexive. Enfin, les infirmiers ou les étudiants peuvent apprendre dans des situations a-didactiques. Il sera alors nécessaire que l'infirmier expérimenté alerte le stagiaire sur les situations susceptibles de lui apprendre des savoirs, en ayant lui-même évalué son niveau afin de lui proposer des situations correspondant au besoin de celui-ci. Il lui permettra alors de développer des compétences pratiques en profitant des situations et en saisissant les opportunités. L'évaluation des situations a-didactiques (que le débutant infirmier peut aussi rencontrer) pourrait influencer l'affectation des débutants dans un certain service plutôt qu'un autre.

Le plus souvent, un débutant infirmier prend en charge l'ensemble de soins pour un patient (Savoyant, 2005). Seul le nombre de patients peut être réduit pendant la période de début. Le parcours d'insertion est souvent peu progressif, et la répartition des patients affectés au débutant ne tient pas compte de la complexité et de la difficulté de prise en soins. La répartition des patients entre deux infirmières dans une unité de soins n'est souvent qu'arithmétique, même si ensuite, des ajustements, des solidarités et de l'entre-aide peuvent exister dans la réalisation des tâches. En conclusion, outre l'aspect formatif et de développement des compétences professionnelles que différents types de situations permettent, la visée des activités de soins reste celui de la productivité et demeure au premier rang de l'activité professionnelle.

La professionnalité des infirmiers s'appuie d'une part, sur l'acquisition des savoirs et le développement des compétences, mais aussi sur l'insertion du professionnel dans un milieu professionnel comportant des règles, des normes et des valeurs. Devenir infirmier revient à s'approprier ces règles et ces valeurs professionnelles. Cette appropriation se fait progressivement depuis le début des études d'infirmier. L'étudiant a pu découvrir le milieu professionnel lors de ses stages, comprendre son organisation ainsi que ses règles, ses normes et ses valeurs. En effet, ce processus commence dès la formation en alternance, même si certains freins peuvent exister, comme par exemple, le fait d'être plusieurs étudiants sur le lieu de stage et de n'être en charge que d'une partie du travail réel. Selon les moments de la formation, les références seront tantôt plus professionnelles tantôt plus scolaires. La première insertion professionnelle est souvent décrite comme une rupture par rapport à ce que l'infirmier a connu avant, et ce, malgré l'alternance de sa formation. Cette rupture n'est pas vécue par le débutant comme un manque dans ses apprentissages, mais comme une prise de conscience réelle des responsabilités qui lui incombent dans ses nouvelles fonctions. Le débutant est alors réellement autonome, doit « *se débrouiller seul* » (verbatim issu du corpus des infirmiers), et découvre souvent, qu'à ce moment-là, la réalité du travail en équipe. L'infirmier a développé pendant sa formation des capacités lui permettant de faire face aux différentes situations et continue à les augmenter dans son premier poste de travail et dans les suivants. La spécificité du lieu de soins et du travail, l'accueil qui lui a été réservé, sont des éléments qui favorisent plus que d'autres le développement de cette débrouillardise, par exemple le service d'accueil des urgences, le travail par intérim. La professionnalité se repère dans l'adaptation de la nouvelle recrue à la spécificité du service, de l'unité de soins ou de l'établissement (Savoyant, 2005). Elle constitue ce qui est nécessaire pour qu'un travailleur s'adapte aux situations de changement (Philipot, 2008), s'agissant de la professionnalité des enseignants du primaire, et se caractérise par les savoirs, les compétences et les dispositions du professionnel dans l'action (Barbier & al, 1996a).

L'étude de Savoyant (2005, p. 23-24) délimite quatre dimensions de la professionnalité d'un infirmier :

- Être un bon technicien et bon dans la relation avec le patient
- Savoir prendre de la distance nécessaire avec le patient
- Savoir s'organiser et gérer les priorités et
- Savoir élargir le champ de son activité de travail.

Pour clore cette partie sur la professionnalité des infirmiers, rappelons que celle-ci est à distinguer de la notion de professionnalisation dans une démarche de recherche. Nous verrons dans la problématique que les confusions des notions sont utiles aux enjeux notamment sociaux et politiques.

Le concept de professionnalité mobilise des approches différentes, parfois centrées sur le développement de l'individu, de ses compétences et de son identité professionnelle, parfois centrées sur l'organisation elle-même ou les groupes sociaux. Toutefois, la professionnalité des personnes ne peut pas être étudiée de façon décontextualisée, notamment lorsqu'il s'agit de contextes socioprofessionnels marqués par des évolutions rapides, comme celui d'accélération des réformes de l'Hôpital public. Le système de santé, notamment le système hospitalier, est guidé par des objectifs de qualité et de sécurité qui rendent les activités des professionnels de santé de plus en plus rationalisées. Des procédures encadrent les activités des infirmiers et par là même, réduisent la reconnaissance de leur rôle autonome. Des activités non techniques sont même actuellement soumises à des procédures, jusqu'à voir apparaître des guides sur les comportements. Ces évolutions pourraient aboutir à la réduction du rôle professionnel infirmier.

2. Le genre de l'activité

Les descriptions de l'activité de l'infirmier proposées précédemment peuvent être enrichies dans une approche complémentaire de la clinique de l'activité (Clot, 2006), elle-même issue des courants ergonomiques et de la psychologie ergonomique qui, ont permis de distinguer la tâche et l'activité, en se centrant tout d'abord sur la tâche d'un seul opérateur. La tâche est ce qui est à faire, l'activité ce qui se fait (Hoc et Leplat, 1983). Leplat (1997) précise que la tâche et l'activité sont des moments d'un processus qui va de la tâche prescrite à la tâche effectuée. Clot qualifie l'activité de réelle et la distingue de l'action dans le sens où elle désigne tout ce qui anime le travailleur dans le fait d'exercer son métier ; l'action se représente alors comme une partie de l'activité, désignant alors ce qui est réellement fait.

Le travail prescrit et le travail réel sont largement référencés dans les écrits. Le genre social du métier ou genre professionnel (Clot & Faïta, 2000) décrit, quant à lui, les obligations partagées par les personnes dans le collectif de travail pour réussir à travailler et ce même si l'organisation du travail est prescrite. Pour le collectif des infirmiers, la relation étroite entre l'action individuelle de l'infirmier et l'organisation du collectif est majeure pour l'efficacité au

travail, notamment. Ce qui est intéressant, c'est aussi de réinterroger la dichotomie tâche prescrite et l'activité réelle dans la mesure où « il existe des formes prescriptives que les travailleurs s'imposent pour pouvoir agir, qui sont à la fois des contraintes et des ressources » (Clot & Faïta, 2000, p.11).

Tout comme l'infirmier, les personnes en situation de travail savent ce qu'ils ont à faire, ils ne créent pas dans l'action pour chaque activité réalisée, ils ont acquis des automatismes qui évitent de préciser la tâche à chaque fois.

Le genre est en quelque sorte la partie sous-entendue de l'activité, ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent ou redoutent ; ce qui leur est commun et qui les réunit sous des conditions réelles de vie ; ce qu'ils savent devoir faire grâce à une communauté d'évaluations présupposées, [...] (Clot & Faïta, 2000, p.11).

Pour finir, le genre professionnel, comme des façons partagées d'exercer le métier, d'en connaître les significations et les valeurs, au sein de pratiques sociales instituées (Beckers, 2007) peuvent faire défaut aux débutants. Il ne se construit pas par l'expérience et la participation aux pratiques sociales. Ils n'ont pas directement accès à ces genres professionnels, et ce, malgré le processus de socialisation professionnelle anticipatrice (Merton, 1957).

3. Les gestes de métier

Nous complétons l'étude de l'activité de l'infirmier par une description des gestes de métier. Ces gestes sont acquis progressivement dans la formation professionnelle en alternance dans les stages et dans les ateliers pratiques en institut de formation. L'apprentissage des gestes de métier est renforcé depuis 2010 par une approche par la simulation en santé dans les instituts. Précédemment, dans la présentation de la formation, nous avons pu évoquer les référentiels de formation s'appuyant notamment sur les référentiels d'actes et d'activités. L'objet n'est pas ici d'en faire une liste exhaustive mais plutôt de caractériser la profession par une part de gestes dits « techniques » et « relationnels ». Alors s'agit-il des gestes de métier ou de gestes professionnels ?

Nous nous appuyons sur la distinction faite par Jorro (2002) entre les gestes de métier et professionnels pour les enseignants.

Par gestes du métier, il importe de comprendre gestes codifiés, répertoriés dans la mémoire du métier et de saisir leur effet structurant dans l'activité [...]. Les caractéristiques structurelles et fonctionnelles des gestes du métier donnent à l'activité un socle invariant (Jorro, 2002, p.52).

Les gestes professionnels comportent des dimensions d'adresse à autrui, biographiques et axiologiques. Cette distinction nous semble généralisable aux métiers de la relation comme celui de l'infirmier. Notre recherche ne concerne pas les gestes à proprement dits. Des auteurs comme Barbier parlent de professions adressées à autrui et place, par là même, les gestes au cœur de la relation professionnelle. Alors le geste est bien en filigrane de l'activité professionnelle de l'infirmier. Nous intéressent à la professionnalité en construction de l'infirmier, l'apprentissage des gestes du métier, regroupés sous le vocable de gestes techniques dans la formation, est important mais pas suffisant. En effet, il mérite d'être complété, tel un « objet de transmission technique et symbolique, le geste formatif véhiculerait le code de valeurs propre au métier » (Jorro, 2012, p.115). C'est selon Jorro « une catégorie dynamique, culturelle, historique pour saisir la professionnalité du formateur » (Ibid., p. 117), ou dans notre étude, celle de l'infirmier. Ainsi, tout comme chez l'enseignant, les gestes de métier chez l'infirmier constituent la culture du métier. Ils sont acquis par l'apprentissage pratique, notamment par mimétisme, pour les gestes techniques comme le prélèvement sanguin ou la pose de perfusion. Des tuteurs de stage ou des formateurs en institut de formation en soins infirmiers accompagnent l'acquisition de la gestuelle de l'acte technique, ils peuvent décomposer la gestuelle du geste, expliquer l'ensemble de la procédure et faire rechercher le sens du geste à l'étudiant. Les gestes professionnels, quant à eux, se développent et s'acquièrent au fil de la formation et des expériences de stage, notamment lorsque les situations en stage sont analysées en pratique réflexive. Ils seraient concomitants au développement de la professionnalité émergente de l'infirmier.

4. L'identité professionnelle

Dans une approche socioconstructiviste, l'identité professionnelle est considérée comme un processus en cours de construction. L'identité professionnelle des infirmiers est difficile à cerner dans la mesure où elle s'inscrit dans la mouvance actuelle des hôpitaux et que chaque

sujet évoluant dans ces milieux de soins est singulier. La relation de soins évolue également, s'agissant de rendre le patient acteur de sa prise en soins, au centre du processus de guérison ou de l'acceptation de Soi en tant que sujet malade.

Nous posons l'hypothèse que cette identité professionnelle ne serait pas unique, mais plurielle, pas figée mais en construction et en évolution permanente, se nourrissant des expériences au travail et des expériences se situant dans des espaces d'activités plus privés, l'ensemble relevant de la biographie du sujet et tenant compte de la perception de Soi dans ces environnements (travail-familial-personnel).

C'est bien en nous appuyant sur la conception même de la notion d'identité proposée par Dubar (2000b) et Kaddouri (2006), selon laquelle l'identité serait plurielle, dans des espaces d'activités différents, que nous proposons l'idée d'une identité professionnelle comme une dimension de l'identité du sujet qui évolue dans le monde professionnel. La définition suivante et le lien réalisé avec les représentations professionnelles apporte un éclairage complémentaire à la question. « L'identité professionnelle serait un réseau d'éléments particuliers des représentations professionnelles, réseau spécifiquement activé en fonction de la situation d'interaction et pour répondre à une visée d'identification/différenciation avec des groupes sociétaux ou professionnels » (Linton, 1994, p.187). Cette définition considère les identités professionnelles comme un sous-groupe des représentations professionnelles. Elles permettent alors de fixer un code commun collectif lié à l'activité professionnelle, et, par ce processus, elles relèvent d'une identité collective.

L'identité professionnelle des infirmiers serait aussi une des dimensions de l'identité du sujet dans l'espace travail. Cet espace de travail comporte des caractéristiques communes mais aussi des éléments qui les différencient fortement. Le monde professionnel dans lequel évoluent les infirmiers comporte de multiples facettes nécessitant de la part du soignant une adaptation du Soi, un développement de ses compétences et de ses habiletés selon que son activité quotidienne soit plus marquée par les aspects curatifs, préventifs, éducatifs, de maintenance et/ou de réhabilitation ou qu'elle se produit dans des espaces différents (hôpitaux, centres médicaux, cliniques privées ou publiques, lieux de vie, domicile...). L'infirmier peut vivre des interactions professionnelles différentes selon le lieu d'exercice professionnel, même si celles-ci se fondent sur un socle partagé de valeurs, de gestes et de repères professionnels. L'approche humaniste des soins et la volonté de placer le patient au cœur de toute action caractérisent les relations interpersonnelles dans les équipes de soins et avec les patients, résidents ou bénéficiaires de soins.

Dans la lignée des auteurs cités, l'identité professionnelle est une articulation entre l'identité biographique et relationnelle. Nous nous définissons nous-mêmes d'une certaine façon, en choisissant des repères biographiques, comme notre formation, notre trajectoire, notre profession, nos projets de carrière et de vie ; c'est l'identité biographique ou identité pour Soi. Le second pôle identitaire est plutôt attribué par les autres, qu'ils soient membres de notre groupe professionnel ou pas ; c'est l'identité pour Autrui ou relationnelle. Pour explorer le champ d'activité professionnelle infirmier, il est important de savoir que le travail constitue un espace privilégié de construction identitaire et notamment de construction identitaire professionnelle. Des embryons de la construction identitaire naissent également dans l'espace de la formation. L'activité professionnelle permet le développement de l'identité professionnelle si elle est complétée par les relations professionnelles au travail de l'infirmier avec les autres acteurs de l'équipe pluriprofessionnelle. Ce système interactionnel est fondamental. L'identité professionnelle existe s'il y a une reconnaissance interne et externe au groupe professionnel. Par exemple, l'infirmier peut se construire sur le plan identitaire au travail si les autres acteurs paramédicaux et médicaux le reconnaissent en tant qu'infirmier, membre de l'équipe pluridisciplinaire, dans ses rôles, ses fonctions et ses missions spécifiques. L'infirmier peut aussi se développer professionnellement si la profession et le statut des infirmiers sont reconnus par les acteurs sociaux, extérieurs au milieu infirmier et soignant. En effet, l'identité relationnelle ou *pour autrui* prend toute sa dimension dans la mesure où le développement identitaire ne peut se faire sans ces interactions professionnelles et sociales. C'est d'ailleurs des éléments qui justifient la recherche d'intégration de l'infirmier et de reconnaissance au groupe professionnel soignant.

Considérant l'identité professionnelle comme ce qui définit une personne ou un groupe de personnes sur le plan professionnel, cette conception de l'identité professionnelle renvoie au métier ou à la profession principale du sujet, et aussi à tous les éléments présentant une stabilité et une permanence dans les différentes fonctions remplies par le sujet ou par son groupe d'appartenance professionnelle. Nous pouvons toujours choisir d'analyser l'identité professionnelle comme un produit contextualisé, fixé dans une activité ou dans une fonction, dans une temporalité propre, cependant l'aspect dynamique est à prendre en compte car il permet de la décomposer en un processus en constante construction et évolution. La question de l'intérêt de la prise de conscience du processus par le sujet est à poser. En tant que processus, elle envisage les relations aux autres sujets du groupe et aux objets en situation de travail. Des critères significatifs sur les plans personnels et professionnels existent, et les critères professionnels sont souvent retenus comme étant primordiaux (secteur professionnel

d'activité, poste occupé, description de l'activité par le travailleur lui-même, modes d'évaluation des résultats de cette activité, relations interpersonnelles dans le groupe...). Cependant, dans la lignée de Dubar (2000a), les trajectoires individuelles des sujets sont aussi importantes que le contexte culturel. Pour le sociologue, la formation de l'identité professionnelle se fait à partir d'un système de transactions subjectives et d'un réajustement entre identités héritées et visées. Cette double transaction se caractérise par une transaction biographique et une transaction relationnelle. Pour l'infirmier, il est nécessaire de faire preuve d'adaptation personnelle pour se sentir en cohérence. Il peut choisir de régler son problème de décalage identitaire en changeant de lieu et de mode d'exercice professionnel (libéral, hospitalier, public, privé...). Des ruptures et des continuités dans les trajectoires professionnelles sont observées.

L'identité professionnelle de l'infirmier ne peut pas s'assimiler à l'analyse des identités collectives. Cependant, en considérant la notion dans un contexte social et subjectif, nous pouvons évaluer des enjeux sociaux liés à cette identité collective telle que Freund (1979, p.78) la décrit : « il y a identité collective parce que les membres s'identifient à quelque chose de commun, c'est-à-dire le même qui constitue quelque chose de commun n'est pas une similitude totale, mais partielle ». C'est ainsi qu'une identité collective se construit entre une différenciation et une mêmeté, étant subjectivement vécue et conscience d'un groupe.

Michaud synthétise les définitions proposées par les auteurs experts de la notion comme suit :

Elle [l'identité professionnelle] est subjectivement vécue et perçue par les membres du groupe, elle résulte de la conscience d'appartenance au groupe, elle se définit d'abord par opposition à l'autre (général) et comme différente des autres (groupes) ; elle se saisit à travers un système de représentations relativement intuitives où s'opposent un ensemble de traits négatifs (à éviter) et un ensemble de traits positifs (proposés par le groupe de manière idéale), ce dernier constituant une sorte de noyau défensif souvent générateur d'attitudes ethnocentristes, ces attitudes et ces aspects peuvent s'exprimer dans un discours qui implique un système d'idées relativement cohérent ou idéologie (Michaud, 1978, p.112).

En synthèse, l'identité professionnelle des infirmiers, comme celle de tout sujet évoluant dans l'environnement de travail, se forme entre les champs travail-trajectoire-formation. L'identité est alors repérée comme « une configuration présentant une cohérence typique et comme une dynamique impliquant des évolutions significatives, en réponse aux mutations de l'entreprise

et au marché du travail » (Dubar, 2000, p.182). L'identité professionnelle est alors considérée comme une des dimensions de l'identité du sujet et non pas comme l'identité collective. Les multiples constructions identitaires se poursuivent dans le champ professionnel. Selon Guichon (2007), l'identité professionnelle se construit dans l'action propre à une pratique située (le métier) et en interaction avec le groupe socio-professionnel d'appartenance (les valeurs professionnelles). Classiquement, en dehors de période de changements au sein de l'institution de soins ou de phases de transitions organisationnelles ou de crise, le groupe d'appartenance soutient et alimente la construction identitaire des soignants. Cette mise en cohérence identitaire est très structurante voire existentielle pour les infirmiers. Nous sommes aujourd'hui dans une configuration de travail où le rôle du sujet est important, où les aspects subjectifs et individuels prédominent la construction identitaire professionnelle, elle-même sous l'influence du contexte socio-économico-culturel et des interactions professionnelles et sociales. Les processus de socialisation des infirmiers sont aujourd'hui très diversifiés. Toute étude portant sur la question de l'identité professionnelle, qu'elle concerne des infirmiers ou d'autres acteurs sociaux, se fait dans un contexte d'abord subjectif, au regard de trajectoires de vie et professionnelles, puis dans un contexte social, au regard des organisations de travail, et de formation et d'emploi ; le tout, enfin, peut être réinterrogé dans une dimension macro-sociétale.

Cette première partie a permis de poser les bases contextuelles de notre travail de recherche. L'éclairage du contexte de la profession infirmière, son histoire, sa formation, son évolution et de la professionnalité des infirmiers prépare notre problématique de recherche. Nous proposons, dans la partie suivante, de l'aborder sous les perspectives d'enjeux identitaires, de professionnalité et des débuts professionnels des infirmiers.

Partie 2 : Les fondements théoriques de la recherche

La problématique de la professionnalité des débutants infirmiers par le sentiment identitaire professionnel : une approche par les Sciences de l'Éducation, spécialité formation des adultes.

Notre recherche doctorale s'intéresse aux vécus des débuts professionnels des infirmiers. Ces débuts professionnels sont une étape de la socialisation professionnelle et représentent une période spécifique au regard de la construction des savoirs, du développement des compétences et de l'identité professionnelle.

Le développement professionnel dont il est question ici se concrétise chez un sujet unique dans un parcours biographique, et aussi dans un parcours professionnel comportant des enjeux de professionnalité. La prise en compte de la subjectivité du sujet dans cette période de transition professionnelle est l'approche que nous choisissons de privilégier dans notre recherche.

De plus, l'étude des enjeux identitaires, des débuts professionnels et de la professionnalité permettra d'éclairer le contexte dans lequel le sujet se construit en tant que professionnel.

Chapitre 1 : Les enjeux des débuts professionnels

Avant d'aborder les enjeux de la professionnalité et ceux de l'identité professionnelle, nous nous penchons sur la question des enjeux des débuts professionnels afin de comprendre si le contexte professionnel contemporain permet aux débutants de pouvoir débiter professionnellement.

Dans un premier temps, nous décrirons les débuts professionnels des infirmiers, pour ensuite dégager des caractéristiques spécifiques de cette période aux débutants professionnels en général.

1. Les débuts professionnels des infirmiers

Les débuts professionnels représentent une période après le diplôme pendant laquelle l'infirmier diplômé d'état commence à travailler en tant que salarié dans une structure de soins où il prend son poste en tant qu'infirmier dans toute sa complétude. L'infirmier n'est alors plus dans une situation de stagiaire - apprenant - étudiant en soins infirmiers mais dans une situation de travailleur devant remplir un rôle bien déterminé dans une organisation de travail. Nous considérons dans notre recherche la première année d'exercice professionnel comme la période des débuts professionnels pour les infirmiers (nous y reviendrons dans le chapitre 2 de la méthodologie de recherche).

L'arrivée d'un infirmier dans un service de soins ou dans une structure se fait en général sans organisation très formelle. Généralement, il a au préalable visité le service de soins ou la structure et croisé quelques professionnels qui travaillaient le jour de sa visite. Il est alors souvent accompagné par le responsable de la structure ou par le cadre de pôle si l'embauche se fait dans un hôpital public. L'infirmier nouvellement diplômé peut recevoir le bénéfice d'un tutorat qui consiste le plus souvent à être doublé dans son activité professionnelle réelle par un infirmier plus expérimenté. Cette disposition peut durer de quelques jours à plusieurs semaines voire, dans de rares cas d'un ou deux mois. Dans certaines situations, notamment la prise de poste sur des horaires comme ceux de la nuit, l'infirmier peut tout d'abord être affecté sur des horaires de journée afin de saisir l'ensemble de l'activité infirmière et de la prise en

soins du patient. L'inverse se fait rarement. Le modèle du novice-expert (Benner, 1995 ; Dreyfus, 1980, 1981) est encore ici en filigrane du tutorat du débutant infirmier.

Arrivé dans son service choisi ou contraint (dans le cas d'infirmiers ayant un contrat de pré-recrutement, ou ceux en promotion professionnelle), la réalité de la prise de poste peut prendre des allures fortement différentes, malgré les prévisions ou programmes d'aide à l'intégration par les directions des soins.

En effet, le tutorat en tant que pratique d'accompagnement professionnalisante (Paul, 2002) n'est pas toujours présent. La forme que peut prendre le « tutorat » est alors très dépendante de l'équipe d'accueil et de l'infirmier expérimenté qui encadre le nouvel arrivant. Malgré l'introduction de la fonction de tuteur chez les infirmiers depuis 2009, les cadrages de la fonction ne sont pas toujours effectifs sur le terrain. Cette réglementation a suivi le mouvement « d'institutionnalisation du tutorat dans les espaces de production de savoirs et/ ou de compétences » (Mohib, 2014, p.339).

Les infirmiers concernés et nommés en tant que tels pratiquent cette mission supplémentaire dans le cadre de leur travail habituel, ils cherchent alors une organisation qui permette de concilier les deux. Ainsi, les pratiques tutorales calquent bien souvent la forme expositive du tutorat pratiqué auprès des étudiants infirmiers, en montrant ce qu'il y a à faire, en expliquant les spécificités du service et des prises en charge, et en évaluant la capacité du nouvel arrivant à être autonome. C'est ainsi que certains tuteurs laissent rapidement le nouveau prendre en charge sa part de travail. Dans d'autres structures de soins, notamment celles en déficit de personnel soignant (secteur de la gériatrie, par exemple), l'encadrement n'est pas toujours prévu et l'infirmier nouvellement diplômé prend son service le matin sans disposition préalable des directions. Dans le champ d'exercice professionnel infirmier, le tutorat se développe actuellement très inégalement et se professionnalise encore très peu.

Pourtant, les attentes des employeurs sont bien celles d'un infirmier opérationnel immédiatement. Parfois, un stage de fin de formation peut faire partie du dispositif d'aide à l'intégration dans leurs propres représentations. La priorité est alors purement économique.

Cette réalité étant connue des étudiants infirmiers en formation en alternance, ceux-ci ont souvent développé une stratégie d'insertion professionnelle en réalisant leur dernier stage sur le lieu dans lequel ils souhaitent postuler. D'ailleurs, parfois les responsables du lieu de stage eux-mêmes transmettent à l'étudiant de fin de troisième année, la possibilité s'il le souhaite de postuler. C'est souvent un critère implicite de l'évaluation de l'étudiant, celui de pouvoir devenir un de leur collègue. Avant le référentiel de 2009 relatif à la formation des infirmiers, le programme précédent nommait le dernier stage de préprofessionnel. Ce n'est plus le cas

dans le référentiel de formation actuellement, mais dans le groupe professionnel, la connotation du dernier stage reste bien souvent celle-ci. Malgré un projet professionnel qui s'est construit progressivement au cours des trois années d'étude, c'est le dernier stage qui va parfois être déterminant dans le choix de la première affectation par l'étudiant. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'étudiant a besoin d'être rassuré dans le choix de son futur poste.

Ainsi, l'infirmier nouvellement diplômé fait souvent partie des effectifs très rapidement, et en fonction des possibilités et de la taille de la structure de soins, il bénéficie d'un tutorat plus ou moins formalisé et efficient.

Nous avons décrit, à l'appui de la didactique professionnelle, qu'un débutant infirmier prenait en soins un patient de façon holistique, c'est-à-dire prenait en charge l'ensemble des soins pour un patient (Savoyant, 2005). C'est sur ce modèle qu'il a été formé tout au long de ses études. Le nombre de patients peut être provisoirement réduit pendant la période des débuts professionnels. Cependant, le parcours d'insertion est souvent peu progressif car les critères de complexité de prise en soins ne sont pas retenus pour la répartition des patients. Il peut d'ailleurs travailler dans une unité de soins où il sera le seul infirmier présent sur une plage horaire. S'ils sont plusieurs infirmiers, la répartition des patients entre deux infirmiers dans une unité de soins n'est souvent qu'arithmétique. Un système d'ajustements, de solidarité et d'entre-aide peut apparaître dans la réalisation des tâches, mais l'infirmier, qu'il soit débutant ou plus expérimenté, reste responsable du patient pour lequel il a été désigné dans l'organisation du service. Les situations de soins rencontrées permettent au débutant infirmier de développer sa professionnalité émergente. Ces situations de soins qu'elles soient techniques, relationnelles, organisationnelles, voire pédagogiques, souvent les quatre à la fois, sont des situations professionnelles.

Ces dernières permettent le développement et la maîtrise progressive des compétences professionnelles. Cependant, comme décrit précédemment, l'activité de soins garde une visée essentielle de productivité dans des services dans une logique de flux (Durand, 2004). Et c'est ainsi que des conflits de temporalités entre la temporalité de la production et celle de la relation existent (Dujarier, 2006). La professionnalité se repère dans l'adaptation du débutant à la spécificité du service ou de l'établissement (Savoyant, 2005). Quatre dimensions de la professionnalité d'un infirmier se dégagent de ses analyses. Ces dimensions nous semblent évaluatives en permettant d'évaluer la capacité à remplir son rôle et ses missions professionnelles. Nous les rappelons ici : « être un bon technicien et bon dans la relation avec le patient ; savoir prendre de la distance nécessaire avec le patient ; savoir s'organiser et gérer les priorités et enfin, savoir élargir le champ de son activité de travail » (Savoyant, 2005, p.

23-24). Ces dimensions de la professionnalité sont à analyser dans une approche plus macroscopique qui éclaire la capacité de l'infirmier à s'inclure dans un système de santé contraint et marqué par des évolutions très rapides, et où notamment, l'idéal devient exigible (Dujarier, 2006).

Pour notre part, ces descriptions sont de l'ordre de ce qu'on attend d'un professionnel infirmier, elles se réfèrent aux compétences attendues. Ces analyses nécessitent d'être complétées ; elles ne tiennent pas compte de l'individualité et de la subjectivité du sujet débutant. Une approche psychophénoménologique apporte un grain d'analyse plus fin du vécu par le professionnel débutant, de sa professionnalité en émergence.

Par ailleurs, nous pensons que l'atteinte de ces compétences ne peut se faire que progressivement par l'infirmier débutant. En effet, le débutant est d'abord très centré sur l'organisation de travail dans un périmètre très restreint qui est celui qui lui permet de fonctionner en tant qu'infirmier et de faire son travail (ou de ce qu'il se représente être son travail). Il doit d'abord connaître l'organisation de son unité de soins, savoir où est rangé le matériel, apprendre les protocoles de soins, comprendre les pathologies prévalentes et le type de patients, les examens, la coordination avec les autres professionnels du service et hors du service dans le parcours de soins du patient. Ses capacités relationnelles peuvent lui faciliter l'adaptation, aussi bien dans la relation avec le patient qu'avec l'équipe transdisciplinaire. Tous peuvent lui apporter une aide précieuse. Le patient est bien souvent un collaborateur de ses soins et peut se montrer bienveillant vis-à-vis de l'infirmier débutant, qu'il voit parfois comme un stagiaire infirmier. D'ailleurs, celui-ci a un comportement parfois semblable à un stagiaire, dans ses gestes encore peu assurés, dans ses hésitations et son manque d'automatisme et d'assurance. Il a les mêmes objectifs de prendre en soins les patients, dans une dimension de responsabilité plus grande et plus complète. Dans cette période des débuts professionnels se concrétisent les objectifs affichés de la formation d'un infirmier : autonomie, responsabilité et réflexivité. Une certaine responsabilité en actes apparaît alors.

De plus, l'infirmier connaît des phases d'intégration semblables à ses homologues débutants professionnels. Nous pouvons, à l'appui des résultats de recherches menées auprès de débutants de professions adressées à autrui, avancer l'idée que le débutant infirmier n'est pas encore complètement socialisé. Dans les débuts professionnels, malgré la formation en alternance et les stages, ils n'ont pas accès directement aux genres professionnels. Ils sont décrits comme les façons partagées d'exercer le métier, d'en connaître les significations et les valeurs, au sein de pratiques sociales instituées (Beckers, 2007), comme la partie sous-entendue de l'activité (Clot & Faïta, 2000). Ces descriptions montrent bien la nécessité de

pratiquer l'activité professionnelle dans sa complétude, d'être immergé dans le milieu de soins et se sentir appartenir au groupe de référence, pour atteindre ce genre professionnel.

Aussi, l'intériorisation progressive du rôle professionnel et de la pratique réflexive (pendant la formation) ne suffit pas au débutant pour fonctionner en tant que professionnel. Pour nous, le développement de la professionnalité du débutant passe par une mobilisation des ressources personnelles spécifiques du sujet débutant en question. Ainsi, nos hypothèses de recherche reposent sur l'idée que le débutant infirmier mobilise une partie de soi intrinsèquement unique pour se développer professionnellement.

Le caractère initiatique (Dubar, 2000a) de l'entrée des professionnels dans le métier est décrit en ce qui concerne les débutants dans les différents champs de l'enseignement, de la santé et du travail social. Notre recherche se centre sur l'émergence du sentiment identitaire déployé qui permettrait à la professionnalité spécifique du débutant de se développer ; sur les processus de transformations identitaires et sur la professionnalité du débutant infirmier en tant que première construction ou construction renouvelée d'un soi professionnel (Jorro, 2014), qui permettraient de s'insérer professionnellement. Dans notre corpus de débutants infirmiers se profilent aussi bien des néo bacheliers que des reconvertis professionnels, ce qui nous amène à retenir le concept de professionnalité émergente proposée par Jorro (2011) qui prend en compte ces deux situations de construction ou de construction renouvelée d'un soi professionnel.

La professionnalité émergente pourrait être entendue comme la caractéristique de tout professionnel cherchant à se développer professionnellement, voire à se perfectionner tout au long de son activité professionnelle en faisant l'expérience de tâtonnements qui conduisent à des restructurations du soi professionnel (Jorro, 2011, p.9).

Nous développerons plus largement la notion de professionnalité émergente dans le chapitre 2 traitant des enjeux de la professionnalité.

Les débuts professionnels sont largement propices à des transformations identitaires qui impactent le sujet dans sa professionnalité en développement. Le passage du profane au professionnel implique une initiation de l'individu à la culture professionnelle et une conversion quasi religieuse qui le métamorphose sur le plan identitaire (Dubar, 2000a). Les stratégies identitaires destinées à réduire l'écart entre l'identité sociale virtuelle et l'identité

sociale réelle (Goffman, 1963) peuvent prendre la forme de transactions externes ou objectives ou bien la forme de transactions internes (Dubar, 2000a, p.107). La transaction interne ou subjective représente « un second mécanisme central du processus de socialisation conçu comme producteur d'identités sociales » (Ibid., p.107). La double transaction biographique et relationnelle consiste pour la première « à projeter des avenir possibles en continuité ou en rupture avec un passé reconstitué » et pour la seconde « à faire reconnaître ou non par les partenaires institutionnels la légitimité de ses prétentions » (Dubar, 1992, p. 520). L'intégration marque, par un événement particulier, la reconnaissance du stagiaire par le tuteur et/ou par le collectif de travail (Merhan, 2013, p. 100). Pendant cette période, les débutants continuent à acquérir des compétences, et doivent aussi faire leur preuve auprès des professionnels plus expérimentés. Ils doivent également « conquérir leur identité professionnelle, et d'une certaine manière être intronisés » (Ibid. p. 100). Cette intégration se joue aussi bien au niveau des pratiques qu'au niveau des relations avec les autres professionnels.

Les stages professionnels et les activités confiées au stagiaire influencent la confiance en l'avenir aux yeux de stagiaires ou d'apprentis (Guichard, 2000 ; Cohen Scali, 2010, p.189). Il s'agit notamment de la qualité des activités confiées, la qualité des contextes de travail et des pratiques d'accompagnement reçues. Ces vécus de stage influencent les représentations des stagiaires, notamment concernant l'insertion et le futur professionnel. L'exemple des apprentis en bâtiment démontre que « lorsque de nombreux collègues participent à la socialisation organisationnelle, les jeunes récemment intégrés en entreprise apparaissent plus confiants » (Ibid., 2010, p.190). La sécurité affective semble alors être concomitante à une intégration professionnelle réussie. Beckers (2007) décrit la composante socio-affective de l'identité nécessaire à l'engagement du stagiaire en intégration. Selon elle, cela passe par « vivre des émotions, partager des valeurs et développer des attitudes » (Ibid., p.254).

Les représentations professionnelles se construisent sur le terrain professionnel et par l'activité effectivement réalisée. Ces représentations professionnelles sont des « constructions déterminées par un jeu dialectique entre les formes identitaires dans lesquelles l'individu se construit et se représente actuellement et celles qu'ils anticipent » (Guichard, 2000, p. 49). Le travail alors considéré comme une expérience permet au jeune professionnel de construire des formes identitaires subjectives (Guichard, 2004), c'est-à-dire se représenter soi dans la situation de travail et sortir du modèle « prescrit » ou « enseigné » de ce que c'est qu'être un professionnel.

Guichard (2004) identifie trois représentations professionnelles : d'ordre social, descriptif et supports de scénarii. Les représentations professionnelles se référant au social concernent le registre relationnel avec les professionnels, celles d'ordre descriptif concernent les caractéristiques d'une profession et les tâches, et celles d'ordre « supports de scénarii » concernent un avenir espéré.

L'activité réalisée en stage construit les représentations du soi, développe l'estime de soi et permet à l'étudiant (ici infirmier) de choisir son lieu d'exercice professionnel (Cohen-Scali, 2010, p.194-195). Les relations sociales développées lors des expériences antérieures qui permettent à l'étudiant de se situer dans ses choix et ses préférences ; ces expériences vont « favoriser les opérations cognitives pouvant permettre une meilleure connaissance de son environnement et l'expression des émotions » (Ibid., p.195).

Nous revenons sur la socialisation professionnelle (Dubar, 2000a) pour en dégager des éléments significatifs de cette période des débuts professionnels.

La première affiliation des débutants est celle de rentrer en formation initiale. C'est la première phase d'immersion. Ce n'est que lorsqu'ils prennent leur fonction en tant que professionnel (prise de fonction ou engagement, *commitment*) qu'ils intègrent complètement la profession.

C'est pourquoi les débutants ou novices font un choix professionnel, ou de prise de fonction dans tel ou tel service ou structure de soins, plus ou moins averti, car ils ont une vision partielle de leur profession même si leur socialisation professionnelle s'est construite progressivement depuis le début de la formation initiale. Pour les professionnels formés en alternance pendant une formation relativement longue (trois ans pour les infirmiers), la socialisation professionnelle se joue avant, pendant et après le diplôme (Hugues, 1958 ; Davis 1966). Ces étapes de socialisation professionnelle, notamment la prise de fonction transforment l'identité du professionnel soit progressivement (cas des formations longues en alternance) soit plus brutalement (cas des formations plus courtes ou d'une prise de fonction sans transition entre un travail et un autre).

Hugues (1958) décrit trois mécanismes de la socialisation professionnelle.

« Le passage à travers le miroir » représente le premier temps d'immersion sur le lieu professionnel en s'imprégnant de la culture professionnelle. Ce passage à travers le miroir peut, dans le cas d'une formation professionnelle comme celle des infirmiers, débuter dès les stages de formation. Cependant la confrontation à la « réalité désenchantée » ne doit se faire ni trop tôt ni trop tard. Elle serait au quel cas, traumatisante. C'est pendant cette période que le sujet va s'identifier progressivement à sa profession. C'est alors qu'il renonce aux stéréotypes

professionnels (tâches, rôles, carrières, image de soi), étape essentielle pour commencer à construire son identité professionnelle.

L'installation dans la dualité entre le « modèle idéal » et le « modèle pratique » représente le second mécanisme de socialisation professionnelle. Le sujet navigue d'un modèle à l'autre en choisissant ses rôles et les interactions. On parle de socialisation anticipatrice (Merton, 1997) pour décrire que le sujet se projette personnellement par une identification aux membres du groupe de référence, et non pas aux membres du groupe d'appartenance. Le groupe de référence est celui pour le sujet auquel il souhaite appartenir. Il acquiert alors des normes, des valeurs et des modèles en termes de comportements. D'ailleurs, Davis (1966) s'est appuyé sur ce modèle comportant des filières professionnelles instituées pour décrire la « conversion doctrinale » des infirmières dans ses travaux « *The nursing profession* ».

« L'ajustement de la conception de soi » représente la construction en cours de l'identité professionnelle. Il s'agit progressivement pour le sujet, de prendre conscience de ses capacités, de repérer des possibilités d'évolution et de mobilités et enfin, de développer des stratégies d'évolution pour soi.

La formation professionnelle est un moment pivot dans la socialisation professionnelle. Elle permet au sujet de s'initier à la culture professionnelle. La socialisation primaire (liée à l'enfance et à l'éducation) est suivie d'une socialisation secondaire spécifique, qui est maintenant envisagée sur la base de la « réciprocité ».

A la suite du « schème de référence » développé par Hugues (1958) et Dubar (2000a), en référence aux trois mécanismes dans les débuts professionnels, Bordes (2014) apporte une notion de réciprocité des individus concernés à ce rapport symétrique du modèle. « La socialisation réciproque permet à la fois au **novice** d'apprendre du professionnel mais aussi au professionnel en transmettant ses savoirs, de développer ses propres savoirs, des savoir-faire et des savoir-être » (Bordes, 2014, p. 298). Cette réciprocité contribue à intégrer des débutants dans une activité, tout en faisant évoluer une profession et ses règles de métier.

2. Les professionnels débutants

Un professionnel qui débute va devoir s'adapter à un environnement de travail dans lequel il a été immergé lors de ses stages professionnels. Cependant, il ne le connaît que partiellement par son expérience en tant que stagiaire. Il va devoir s'intégrer à une équipe pluridisciplinaire

dans le sens de prendre sa place en tant qu'infirmier et d'être reconnu en tant que tel par ses collègues, les patients et leurs familles.

Nous pouvons nous interroger sur un genre débutant qui existerait chez l'infirmier.

Depuis des dizaines d'années, de nombreuses recherches portent sur la professionnalisation des professionnels de l'enseignement. Ces enseignants font partie des métiers de l'interaction humaine et se retrouvent dans un mouvement de professionnalisation, depuis la loi d'orientation sur l'éducation³³ (1989) qui a permis de redéfinir leurs missions et de développer leur autonomie.

Ces similitudes avec les infirmiers nous conduisent à nous pencher sur la question de leur professionnalité en émergence actuellement. Certaines études réalisées sur le groupe professionnel des enseignants peuvent alors apporter un éclairage précieux sur les débuts professionnels en général.

Nous avons évoqué précédemment que les débutants professionnels n'étaient pas encore socialisés. Pour les enseignants débutants, comme pour d'autres novices des métiers adressés à autrui, la tâche qui leur est prescrite est aussi complexe que celle du chevronné alors qu'il est en train d'apprendre son métier (Saujat, 2004). C'est aussi ce qu'on retrouve dans le champ des infirmiers :

Reste que la pratique dominante dans l'insertion des débutantes consiste à leur confier l'ensemble des soins à réaliser pour chaque patient. La seule progressivité que l'on observe concerne le nombre de patients qui leur est confié, qui peut être un peu réduit au début (Savoyant, 2005, p. 20).

Des recherches dans une approche ergonomique montrent que les débutants élaborent des ressources intermédiaires leur permettant de faire face aux difficultés dans l'exercice de leur nouveau métier. Les contraintes et les difficultés ont de nombreuses similitudes et conduisent le débutant à construire un système de ressources ou genre intermédiaire qu'ils partagent (en tant que débutants, pour les enseignants, quelle que soit la discipline enseignée et le niveau scolaire). Un genre débutant (Saujat, 2004) survalorise les activités destinées à instaurer un cadre. Ces préoccupations chez le débutant sont incorporées chez l'expérimenté.

³³ Loi d'orientation sur l'éducation n° 89-486 du 10 juillet 1989.

Les enseignants nouvellement en poste se retrouvent dans un processus complexe de développement professionnel (Buhot & Cosnefroy, 2011, p.18) entre un idéal professionnel prescrit par l'institution et la réalité de l'exercice du métier, et aussi, entre le projet institutionnel et personnel. Les deux logiques de professionnalisation et de développement professionnel se distinguent dans le processus. En effet, l'intention sociale est au cœur de l'offre de professionnalisation institutionnelle ou organisationnelle dans la première logique, là où la professionnalité en construction de l'individu est au centre de la seconde logique dans un « mouvement conjoint de développement d'une activité, de stratégies et de dynamiques identitaires » (Wittorski & Briquet-Duhazé, 2008, p. 28-29). A partir d'une étude longitudinale des enseignants stagiaires et des nouveaux titulaires du premier degré, Buhot et Cosnefroy (2011) ont posé l'hypothèse d'un décalage entre le projet de l'institution et les expériences vécues par les enseignants en formation et au travail induisant des tensions ressenties par ces derniers.

L'entrée réelle dans le métier se ferait par le vécu de l'épreuve initiatique solitaire (Baillauquès & Louvet, 1992 ; Buhot, 2008) marquée par le retour réflexif et accompagné des expériences vécues et ce, dans un « accompagnement à distance ». La professionnalisation institutionnelle est suspendue au moment de l'entrée dans le métier, bien que le processus ait été déclenché en formation initiale, la première année vécue alors comme une année de mise à l'épreuve et d'intégration. Dans cette période, les nouveaux répondent à des attentes prescrites et à des rites. Des évolutions de comportement caractérisent ces débuts avec notamment une référence de moins en moins fréquente aux collègues à la faveur d'une expérience individuelle. Cette expérience professionnelle personnelle a une connotation importante pour le professeur dans les débuts, elle permettrait « d'exercer leur agentivité, c'est-à-dire leur capacité à intervenir sur leur environnement, en adaptant ce qu'on leur dit et ce qu'ils voient » (Buhot & Cosnefroy, 2011, p. 33).

D'autre part, plusieurs modèles existent concernant les débutants professionnels. Le modèle d'acquisition et de développement de compétences développé par les Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus, 1980 ; Dreyfus, 1981) décrit les cinq stades qui permettent le développement d'une compétence. Les stades successifs de novice, débutant, compétent, performant et expert concrétisent, selon les auteurs, trois types de changements produits dans le processus d'acquisition de la compétence. Ces changements s'accomplissent chez le sujet, par l'utilisation effective d'une expérience passée, un changement de perception sur la situation, et l'endossement du rôle d'acteur impliqué, et non plus observateur.

Dans le champ de la santé, Benner (1995) a repris ce modèle pour décrire la pratique infirmière et comprendre précisément les différences d'appréciations et de compétences cliniques entre les novices et les experts face à une situation. Ce modèle sert encore aujourd'hui partiellement de référence dans l'enseignement des soins infirmiers et sur le terrain d'exercice professionnel. Les représentations collectives vont dans le sens où les savoirs et les compétences de l'expert seraient ceux à atteindre pour être performant.

Cependant, à l'instar de Jorro, nous pensons qu'il est essentiel de réinterroger le modèle expert-novice « qui schématise de façon radicale les compétences de l'expert et laisse entendre qu'il suffirait d'acquérir ses qualités pour faire valoir une professionnalité » (2014, p. 242). Dans le même sens, de nombreuses critiques du modèle ont été exprimées dans le champ de l'enseignement des enseignants, critiques applicables à tous les métiers de la relation. En effet, cette approche linéaire de la construction d'une professionnalité ne laisse de place ni à l'individualité, ni à l'importance des interactions dans la construction de la professionnalité.

De plus, la posture réflexive du sujet professionnel sur le lieu de travail permet le développement des apprentissages qui peut différer d'un sujet à l'autre, pourtant au même stade de sa carrière professionnelle. Le modèle de l'expertise est alors peu opérationnel dans les contextes actuels de développement de la professionnalité des acteurs qui puisent des ressources aussi bien personnelles que professionnelles pour se développer professionnellement.

Les débutants ne perçoivent pas les situations de la même façon que les professionnels plus anciens. L'activité des débutants ne peut pas être analysée qu'au regard de celle des aînés. Cette modalité d'analyse comparative entre les novices et les aguerris présente des limites. En effet, s'agissant de l'activité des enseignants débutants et de celle des plus expérimentés,

Ils tentent de s'adapter en permanence à des situations nouvelles imprévisibles en masquant leurs surprises et leurs émotions ; les seconds agissent dans un environnement familier en repérant les indices typiques de situations déjà vécues et en mobilisant à tout instant des connaissances construites antérieurement (Ria, 2009, p. 220).

Ce chercheur en sciences de l'éducation décrit « les mondes typiques » des débutants avec leurs émotions typiques (Ria, Sève, Theureau, Saury & Durand, 2003), leurs préoccupations

et dilemmes typiques (Ria, Saury, Sève & Durand, 2001) et leurs expériences typiques (Ria, Sève, Durand & Bertone, 2004).

Une typicalité des expériences, des activités et des vécus des débutants renforce l'enjeu social de la problématique de la professionnalité des infirmiers débutants dans la mesure où la simplification d'analyse de ce que vit le débutant par rapport au professionnel plus ancien ne peut être pertinente et questionne le modèle utilisé en formation initiale.

Une approche de la question des débuts professionnels par la professionnalité émergente permet, en sortant du paradigme cognitiviste expert-novice, d'affiner la compréhension du développement professionnel du sujet et d'en saisir toute sa complexité.

Les pratiques de formation actuelles mettent l'accent sur les pratiques réflexives, sur les analyses de pratiques professionnelles et du vécu en situation de travail. C'est le cas de la formation des infirmiers qui prépare le débutant à une démarche d'analyse continue des situations professionnelles, des interactions avec les autres professionnels et de soi professionnel. Le débutant est alors dans un enjeu de développement de sa propre professionnalité, et peut démontrer dans sa quête une réelle implication professionnelle.

La sortie de l'école ou de l'université est un moment important dans le vécu de l'individu, « un moment clef dans le processus d'apprentissage » (Robin, 2009).

Le Workplace Learning a largement pris la suite de la thèse de la psychologie sociale et des néo-vygostkien en affirmant que :

Ce qui est appris au travail par un nouveau venu dans une entreprise implique non seulement des savoirs et savoir-faire, mais également des valeurs, un langage, des codes culturels dont la maîtrise conditionnera la place et le rôle qu'il pourra prendre dans l'entreprise (Bourgeois & Durand, 2012, p. 36).

Ce chapitre à propos des enjeux des débuts professionnels a apporté un éclairage des débuts professionnels des infirmiers et des caractéristiques spécifiques de cette période vécue par les débutants professionnels. Le chapitre suivant précisera les enjeux de la professionnalité en question.

Chapitre 2 : Les enjeux de la professionnalité

1. Le développement professionnel

Le concept de développement professionnel n'est pas stabilisé. Trois formes d'utilisation de la notion sont repérées (Jorro, 2014). Tout d'abord, il est employé comme synonyme d'apprentissages professionnels, de perfectionnement professionnel, de développement de carrière, d'évolution professionnelle, de gestion de carrière et d'expérience professionnelle. Ensuite, il se retrouve faisant partie des processus décrits comme des dynamiques d'engagement, de processus identitaires, d'éthos professionnel, de savoirs professionnels, de compétences, de gestes professionnels, de pratiques langagières. Enfin, il est employé comme vecteur du développement professionnel des acteurs de l'éducation.

Il présente une double perspective :

Celle de l'acteur, faisant l'expérience de processus de changements dans son rapport à lui-même, à autrui, au monde [...]. Celle de l'acteur agissant dans une institution ou une organisation, perçue comme une ressource humaine, qui sera sollicitée pour répondre à des enjeux et objectifs institutionnels ou qui prendra l'initiative de se perfectionner en vue d'accomplir son projet professionnel (Jorro, 2014, p. 76).

Le concept est largement polysémique et rend compte de réalités différentes selon que le terme désigne le concept ou les moyens et les mécanismes permettant le développement professionnel. Les deux principales visions du développement professionnel sont développementales ou professionnalisantes (Mukamurera et Uwamariya, 2005). Dans une perspective professionnalisante, le terme peut être associé à la recherche, à la réflexion et à toute expérience d'apprentissage naturel (Ibid., p. 135). C'est alors un « processus par lequel l'enseignant et ses collègues renvoient et renouvellent ensemble leur mission comme agents de changement, acquièrent et développent les connaissances, les habiletés et les savoirs essentiels pour un bon exercice professionnel » (Day, 1999, p. 4). Toujours dans cette

perspective à visée professionnalisante, le développement professionnel est considéré comme « toutes les transformations individuelles et collectives de compétences et de composantes identitaires mobilisées ou susceptibles d'être mobilisées dans des situations professionnelles » (Barbier, Chaix & Demailly, 1994, p.7). La vision développementale du développement professionnel présente une analogie avec la conception du développement psychologique de l'enfant s'appuyant sur les stades piagétien. La construction psychologique de l'enfant se fait par la succession quatre stades du développement de la pensée progressifs et structurants, dans une dynamique de préparation du stade suivant gagnant en complexité (stade sensori-moteur, pré-opératoire, opératoire et formel, Piaget, 1964).

Ainsi, le développement professionnel est considéré comme se construisant progressivement par le sujet par le vécu d'étapes successives, poursuivant un schéma de développement personnel de l'individu. Le travail cognitif sur les choix professionnels, voire même la carrière, aurait débuté au moment de la construction du développement psychologique de l'enfant au même titre que la prise en compte d'autres repères. La conception du développement professionnel comme un processus dynamique linéaire et chronologique (Super, 1953) n'est plus actuelle car le paysage économique a largement modifié la stabilité et la linéarité des parcours professionnels et l'image des professions (Dolan & al, 1995 ; Huberman & al, 1989b). Aussi, les expériences de l'individu au travail et en dehors du travail concourent au développement professionnel et y confèrent un caractère personnel, imprévisible et non linéaire.

Toujours en référence au développement professionnel en enseignement, des modèles composés de plusieurs étapes existent et diffèrent selon les auteurs. C'est ainsi que certains situent le début du développement professionnel avant, pendant ou après la formation initiale. Malgré des divergences, tous s'accordent autour de l'idée d'étapes chronologiques qui se caractérisent par des nouvelles acquisitions et des changements sur le plan professionnel et personnel (Mukamurera & Uwamariya, 2005, p.139). La « modification des attitudes, des habitudes, des performances, des valeurs, de l'image de soi, du rapport au métier, de la perception à l'égard des élèves, des croyances » fait partie du processus de développement professionnel des enseignants stagiaires, débutants ou plus anciens (Barone & al, 1996 ; Huberman, 1989, cité par Mukamurera & Uwamariya, 2005, p.139).

Concernant la perspective professionnalisante, deux approches du développement professionnel de l'enseignant se distinguent à nouveau. Premièrement, le développement professionnel est considéré comme un processus d'apprentissage vécu par le professionnel qui construit ses savoirs dans l'expérience pratique et ce, dans une dimension individuelle et

collective (Day, 1999). Le rôle de l'enseignant est central dans cette conception du développement professionnel, il y est question d'intérêt personnel, d'engagement, de coopération, de collaboration et de culture collective. Cette conception est celle de l'acquisition de savoirs qui permettrait le développement même de l'individu en termes de changements et de nouveautés dans sa pratique ; elle est aussi celle d'un engagement collectif par la collaboration par des processus collectifs et autonomes (Clement & Vandenbergue, 1999). Deuxièmement, le développement professionnel est considéré comme se faisant par la recherche et la réflexion. Les effets de la réflexion dans l'action et sur l'action (Schön, 1994) largement référencée dans le champ de l'enseignement, permettent au professionnel de capitaliser son expérience. Les trois dimensions de l'examen critique de son action, la *dimension articulative* (que savoir ?), la *dimension opérationnelle* (comment communiquer les connaissances issues de sa réflexion ?) et la *dimension politique* (quoi et comment ?) (Barone & al, 1996) permettent au professionnel d'acquérir des savoirs nécessaires à son développement professionnel. Plusieurs typologies de savoirs enseignants existent. Ils sont soit relatifs au contenu scolaire et au curriculum, ceux pédagogiques généraux ou de la matière d'enseignement, relatifs à la connaissance de l'élève, aux fondements de l'éducation, aux contextes institutionnels et aux cultures de la communauté (Shulman, 1986). Pour d'autres, les savoirs sont disciplinaires, curriculaires, de formation professionnelle ou d'expérience (Tardif, Lessard & Lahaye, 1991). Enfin, ils sont pour la pratique, incorporés à la pratique ou de la pratique (Cochran-Smith & Lytle, 1999).

Nous souhaitons ici dégager les limites d'une vision strictement professionnalisante, où les situations professionnalisent, et d'une vision strictement développementale centrée sur le développement progressif du professionnel, pour mettre au jour l'intérêt d'une combinatoire des deux perspectives du développement professionnel.

Les limites de la vision strictement développementale sont celles de limiter l'analyse sur les modifications exclusivement perceptibles sur le sujet, sans poser l'environnement, l'entourage et les modèles organisationnels comme des éléments influençant ce développement professionnel (Boutin, 1999). En y intégrant les effets de l'environnement au sens large, il est « un phénomène dynamique qui résulte d'une influence mutuelle entre le vécu personnel, le vécu professionnel et l'organisation de l'institution » (Fessler & Christensen, 1992, cité par Mukamurera & Uwamariya, 2005, p.139). Chaque professionnel connaîtrait donc des phases différentes selon un modèle non linéaire car dépendant du vécu de ses expériences individuelles et collectives, de ses interrelations, de ses besoins, de son comportement dans

son contexte professionnel et personnel. Une modélisation par des phases applicables au professionnel selon le moment de sa carrière professionnelle serait donc inappropriée.

Les limites de la vision professionnalisante du développement professionnel sont celles de considérer les savoirs dans la pluralité de leurs dimensions et de leurs types comme seule référence d'analyse du développement professionnel de l'acteur. Certains chercheurs mettent en exergue des connaissances instituées, d'autres l'importance de l'expérience personnelle de l'acteur dans le développement de ses savoirs, d'autres encore, mettent en avant la dimension collective de ces savoirs (Ibid., p.146). Cependant, le phénomène d'acquisition des savoirs et les modalités d'acquisition en jeu dans le développement professionnel sont complexes ; ils se construisent à partir de l'ensemble des savoirs et par un jeu d'équilibre (Ibidem., 2005, p. 147), mais aussi à partir des valeurs et des émotions (Charlier, 1998). L'analyse professionnalisante permet néanmoins de recueillir des éléments sur les tensions vécues par le professionnel ou le stagiaire en situation professionnelle. Ces tensions sont gérées différemment par le sujet selon les dynamiques identitaires mises en jeu à ce moment-là. Ces tensions sont de l'ordre de la continuité, de la rupture ou de la redéfinition de soi (Kaddouri, 2014).

Ce que nous pouvons avancer ici, à l'instar de chercheurs en sciences de l'éducation (Mukamurera & Uwamariya, 2005 ; Jorro, 2014) est l'intérêt d'une complémentarité des approches développementales et professionnalisantes dans nos analyses du développement professionnel des personnes en formation et au travail. En effet, selon nous, les ressources du sujet sont multiples et diverses, puisées dans l'environnement et dans les interactions, dans les expériences individuelles et collectives, et elles sont également intrinsèquement liées à ce que le sujet est en tant que personne à la fois dans sa subjectivité et dans sa rationalité.

L'analyse se centrant sur les stratégies mises en place par le sujet lui-même dans la situation professionnelle (desquelles découle son positionnement professionnel), articulée avec une analyse du développement progressif du sujet présente une complémentarité. Le professionnel a une manière bien à lui de réaliser l'action professionnelle et de s'organiser dans l'activité. Cette activité le structure à son tour (Jorro, 2014), ainsi il connaît des phases dans ses apprentissages. Ces phases sont celles d'appréhension, d'inquiétude, d'expérimentation, d'appropriation, et de consolidation (Boucher & Jenkis, 2004, cité par Jorro, 2014, p.78).

2. La professionnalité émergente

La professionnalité se construit progressivement dans le parcours de l'étudiant infirmier, ces différentes étapes lui permettent également de développer sa propre identité professionnelle. Cette identité est en constante régulation au regard de l'action (Barbier, 2005), ici l'action professionnelle en tant que débutant. Après avoir abordé la notion de professionnalité dans la partie 1 sur la construction de l'objet de recherche, nous développons ici celui de professionnalité émergente.

La notion de professionnalité émergente permet d'étudier les processus à l'œuvre chez le sujet qui doit s'adapter à la situation de travail. A la différence du concept de professionnalité qui désigne l'ensemble des compétences socialement reconnues comme caractérisant une profession permettant de faire face aux exigences professionnelles réelles en situation (Casalfiore & Paquay, 1998), celui de professionnalité émergente se centre davantage sur le sujet professionnel en processus de formation continuée sur le lieu de travail ; il introduit l'idée d'un commencement dans la professionnalité visée. C'est un concept davantage opérationnel permettant l'analyse de l'action et de l'évolution professionnelle du sujet.

La référence à une première construction ou à une reconstruction d'un soi professionnel (Jorro, 2011, p.9) connote la notion du nécessaire développement professionnel du sujet avec des expériences élaborées qui auront, par l'effet du cercle vertueux de l'analyse, des effets sur des restructurations identitaires. L'élaboration par la pensée, la réflexion au cours d'échanges ou de monologues personnels entraînent des prises de conscience sur son propre soi professionnel en développement (hypothèse de recherche 2 : La professionnalité du débutant se construit en interdépendance avec l'expérience élaborée).

Ainsi, « la professionnalité émergente constitue une manière de caractériser l'incorporation en cours de compétences et de gestes professionnels, ainsi que les processus d'appropriation à l'œuvre qui annoncent une expertise à venir » (Jorro, 2011, p.7). Les savoirs théoriques, les savoirs d'action et la réflexion éthique sont au fondement des processus en jeu.

Il s'agit de poser une analyse sur des gestes encore peu assurés, des compétences en cours de construction, sur des identités en transition, sur des intentions encore peu explicites. La professionnalité émergente introduit la nécessité de lire les processus intermédiaires, les embryons d'action, les esquisses de savoirs professionnels (Jorro, 2011, p. 11).

Le concept présente un intérêt pour l'analyse des débuts professionnels où se jouent de multiples changements sur les plans personnels et de positionnement professionnel, période pendant laquelle des dilemmes éthiques peuvent être plus nombreux (du fait de l'étonnement professionnel, de la naïveté du regard qui perdure) et pendant laquelle les apprentissages sont accélérés car le débutant, confronté à ses propres limites et à son manque de connaissances et d'informations, doit les combler rapidement et efficacement pour être opérationnel.

Ces constats renforcent l'intérêt du concept qui « rend visible un espace de formation intermédiaire dans lequel coexistent des enjeux de changements sur les dimensions éthiques, identitaires, didactiques, socio-professionnelles » (Jorro, 2011, p.10). Ces dimensions sont présentes chez le débutant infirmier où l'injonction à une rapide opérationnalité dans son poste de travail est forte. Il va vivre l'expérience de faire des choix, de s'affirmer dans ses décisions et ses prises de position, ce qui va faire naître l'engagement professionnel chez ce débutant. Ainsi la professionnalité émergente engage la temporalité d'un commencement dans la professionnalité visée. Le cadrage du début de cette période de changement (professionnel) est repérable, s'agissant de la professionnalité émergente du sujet dans une première ou dans une professionnalité renouvelée, notamment dans nos contextes contemporains professionnels où les évolutions dans les métiers sont fréquentes.

Cependant la professionnalité émergente n'est pas spécifique des débuts professionnels. La notion est utile pour analyser le processus de développement professionnel du sujet, et ce, tout au long de sa carrière, dans un développement continu tout au long de la vie. Dans ce sens, le professionnel se forme en situation de formation et en situation de travail ; il se construit continuellement en interaction avec les collègues de travail et les usagers, dans son environnement professionnel. Il affirme son positionnement professionnel progressivement.

L'idée d'une tension vers la professionnalité visée est somme toute intéressante dans la mesure où elle témoigne que ce chemin vers la professionnalité est composé d'étapes et d'adaptations du soi professionnel. L'approche praxéologique que permet la notion enrichit les analyses en étudiant par exemple le rapport entre la culture professionnelle et les actions professionnelles effectivement réalisées, dans la zone notamment d'autonomie que chaque travailleur peut trouver dans une fonction. C'est ainsi que « la capacité d'un individu à entrer dans le genre professionnel, à mobiliser de façon encore tâtonnante les compétences et les gestes professionnels spécifiques du métier, atteste d'une tension vers la professionnalité » (Jorro, 2011, p.10).

L'étude des indices et des traces de la professionnalité émergente s'enrichit de la prise en compte de l'éthos professionnel du sujet concerné. Il se construit lui-aussi progressivement. Tout d'abord, une attitude réflexive sur sa propre activité et un questionnement sur son propre positionnement professionnel font partie des éléments structurants l'éthos professionnel du sujet en situation de travail. L'éthos professionnel se construit dans les formations dans lesquelles les apprenants sont engagés au regard d'une professionnalité qu'il se représente du métier visé. Cet éthos se développe progressivement dans les expériences de stage et dans l'analyse des pratiques et des situations professionnelles vécues. C'est le cas notamment des stagiaires infirmiers. Ensuite, l'éthos professionnel se construit autour des processus d'incorporation des savoirs, d'engagement et de projection professionnelle (Jorro, 2009).

Enfin, à l'instar de Dejours (2000), nous appuyons ici la composante identitaire de l'éthos professionnel qui désigne la manière dont le stagiaire construit une identité axiologique en fonction du métier visé en lien avec les *valeurs agies* (Argyris, 1995) du métier concerné. Son étude peut permettre d'explorer l'activité professionnelle dans « l'épaisseur de l'activité » (Jorro, 2011) et ainsi repérer le sens de l'action du professionnel. On peut y repérer des éléments d'engagement et de reconnaissance professionnelle « avec des transactions de reconnaissance inscrites dans une temporalité » (Ibid., 2011, p.53).

Ainsi, la notion de reconnaissance professionnelle nous semble centrale dans notre étude. En référence à la double transaction biographique et relationnelle (Dubar, 2000a) et la construction des identités professionnelles par une forme d'engagement dans des négociations complexes (Dubar, 2002) avec soi-même et les autres dans le but de se faire reconnaître, la reconnaissance professionnelle est au cœur du processus de construction identitaire. Nous y consacrons le chapitre suivant.

3. La reconnaissance professionnelle

Le concept de reconnaissance remonte à l'Antiquité où Aristote définit *anagnôrisis* comme l'opération cognitive par laquelle on identifie un objet ou une personne quelconque. Ce concept est introduit dans la philosophie allemande par Hegel (1770-1831) comme le processus de lutte par lequel un individu cherche à être reconnu. L'école de Francfort et sa théorie critique permet ainsi à l'idéalisme de poser la reconnaissance comme permettant la construction du sujet et l'idée que le désir de chacun d'être reconnu fonde la société.

Honneth (2000, 2006) place le concept de reconnaissance au centre des relations humaines et le considère comme un concept d'analyse des structures sociales. L'évolution contemporaine le déplace ainsi au-delà de la sphère privée, vers les trois sphères privée, publique et sociale de la reconnaissance. Le succès du concept est dû à la mutation de la société. Considérant la reconnaissance professionnelle comme un fondement de la *construction identitaire*, Dubar propose l'idée suivante :

Le terme construction se distingue de celui de transmission dans la mesure où il ne suffit plus d'imiter les anciens ou de répéter ce qu'ils transmettent pour parvenir à la reconnaissance [...]. Construire une identité professionnelle, éléments des identités personnelles, c'est continuellement s'engager dans des négociations complexes avec les autres et avec soi-même pour se faire reconnaître (Dubar, 2002, p.132).

D'autres approches se sont centrées sur le sujet dans sa singularité jusqu'à proposer, dans une approche éthique de philosophie morale, un parcours de la reconnaissance (Ricœur, 2004). Cette vision phénoménologique de la reconnaissance rétablit l'acteur en situation de pouvoir d'agir, de capacité à répondre et d'autoréflexion sur son agir. La reconnaissance de soi par soi porte en elle une dimension éthique en lien avec la conception même du travail, qui nous vient d'Aristote. Elle porte en elle la poursuite d'une vie bonne qui nécessite chez le sujet la mobilisation de délibération sur soi et de réflexion sur son agir et sa décision d'agir. Le sujet est alors « un sujet capable de parler, d'agir, de s'imputer une responsabilité et de faillir » (Ricœur, 1995, p.30). Des étapes permettent au sujet de se reconnaître et de devenir un sujet responsable à partir d'actes d'identification, d'attestation et d'imputation. La responsabilité du sujet découle du parcours de la reconnaissance dont les étapes et leurs visées sont les suivantes (Ricœur, 2004) :

La **phase de la reconnaissance-identification** permet de connaître pour identifier et distinguer le même de l'autre et le permanent du contingent (susceptible d'être ou de ne pas être, de se produire ou de ne pas se produire) ;

La **phase d'attestation** conduit le sujet à dire et se reconnaître dans ses capacités à faire et sa croyance en son pouvoir d'agir ;

La **phase d'imputation** place le sujet dans son rapport à l'altérité et à être reconnu par autrui (intersubjectivité).

Le processus global de la reconnaissance constitue le cœur du processus identitaire (Houot, 2014, p. 278). A partir des expériences vécues, la réflexivité du sujet sur lui-même dans l’agir l’amène à mobiliser ses dynamiques identitaires en lien avec son sentiment de reconnaissance de soi et l’attestation de cette reconnaissance par la capacité de dire « je suis capable ».

Reconnaître l’autre correspond à quatre types de processus (Ricœur, 2004), « c’est le situer dans son statut, son environnement, son histoire ; c’est l’accepter tel qu’il est ; c’est le valoriser, car toute personne apporte sa richesse ; c’est lui être reconnaissant pour ce qu’il apporte » (cité par De Ketele, 2013, p.16). La conception du pouvoir d’agir ou de l’homme capable est ici au centre du processus décrit. En référence à Ricœur (2004), la phénoménologie de l’homme capable se présente comme une herméneutique du soi qui s’intéresse à la puissance et à l’acte dans l’agir humain. L’agir humain est alors considéré à travers ses capacités par l’expression ou la forme modale « *je peux* ». L’énoncé de sa *capabilité*³⁴ par le sujet lui-même peut renforcer sa responsabilité. Ainsi sa puissance d’agir et sa capacité de pouvoir y répondre dans l’action permettent au sujet d’être reconnu.

Notre contexte d’étude nous amène à nous pencher plus précisément sur le concept de reconnaissance professionnelle. Les activités, les relations et les postures professionnelles de l’infirmier, comme celles de tout travailleur, peuvent être analysées au prisme de la reconnaissance professionnelle.

La psychodynamique du travail distingue trois modalités de reconnaissance professionnelle : la reconnaissance du travail réalisé, la reconnaissance du professionnel et la reconnaissance de la valeur de l’engagement du professionnel dans son activité de travail (Houot & Jorro, 2014, p.254).

La reconnaissance professionnelle est un processus en construction. Elle peut être définie comme « un processus global qui intègre une dimension évaluative de l’activité effectivement mise en œuvre, une dimension de valorisation et de légitimation du positionnement de l’acteur au travail » (Jorro, 2007, p.17). Visibles dans les entretiens d’évaluation et d’accompagnement professionnel, ces dimensions, produisant ou non de la reconnaissance professionnelle (Jorro, Pana-Martin, 2012), peuvent servir, selon nous, d’indicateurs de la progression de développement professionnel d’un débutant ou d’un stagiaire.

S’appuyant sur les quatre types de processus de la reconnaissance d’autrui (Ricœur, 2004), la notion de « posture de reconnaissance » (situer, accepter, valoriser, être reconnaissant)

³⁴ La capabilité d’un individu « définit les différentes combinaisons de fonctionnements qu’il lui est possible de mettre en œuvre. Il s’agit donc d’une forme de liberté » (Sen, 2000, p. 106).

enrichit, sans exclure, la posture de contrôle. Cette dernière vise à vérifier une conformité d'actions ou de postures avec des standards et des normes (Jorro & De Ketele, 2011). De plus, la posture de reconnaissance peut favoriser la professionnalité émergente et permettre le développement de l'identité professionnelle (Ibid., 2011).

Quatre types de logiques de la reconnaissance professionnelle se distinguent, celles du genre, du style, de l'éthos professionnel (Jorro, 2007, 2009, 2011) et celle de la culture professionnelle (Thévenet & Neveu, 2002).

La **reconnaissance du genre professionnel** (Jorro, 2009, p.26) nécessite en amont une analyse de l'action prescrite ; elle permet de reconnaître l'existence de gestes structurant l'activité et à celle-ci de s'organiser et de se dérouler correctement. Ainsi, dans le cas des enseignants, la mise au jour d'invariants de l'action qui caractérisent le genre professionnel des enseignants guident d'une part les formateurs dans leur évaluation et d'autre part, les stagiaires dans leurs acquisitions et leurs appropriations. L'évaluation repose sur la recherche de conformité entre les gestes et actes professionnels enseignés (normes, standards) et ceux réellement produits par les stagiaires. Il est souvent fait référence à un référentiel métier. Il découle de ce processus d'évaluation une reconnaissance des règles de métiers, partagées par la communauté professionnelle. Pour les débutants, il s'agira d'autant plus de s'approprier les gestes de métier.

La **reconnaissance du style professionnel** (Ibid., p.26-27) valorise le pouvoir d'agir professionnel du sujet par des stratégies et des tactiques. « Les *arts de faire* (Certeau, 1981), l'intelligence rusée, la *métis* à l'œuvre au milieu des épreuves éprouvées et des incidents critiques permettent d'appréhender le style professionnel du praticien » (Ibid., p.26). Les variations de l'activité, des préoccupations des acteurs dans l'action au regard de leurs intentions et les conséquences des changements dans l'activité peuvent se présenter comme des indicateurs concernant la singularité de la pratique professionnelle. Ainsi, la notion de reconnaissance du style professionnel peut éclairer les manières personnelles de faire, de réajuster dans l'action et de rebondir face à des situations imprévues.

La **reconnaissance de l'éthos professionnel** (Ibid., p.27-28) nécessite une activité de réflexion sur son expérience professionnelle par le sujet. Celui-ci réfléchit globalement à son expérience, aussi bien sur l'exercice du métier, les intentions que les systèmes de valeurs et, par ce processus réflexif, interroge la nature de son engagement et de sa responsabilité. Il s'agit de l'éthos professionnel du praticien qui est capable de revenir sur ses postures et son positionnement en lien avec les valeurs du métier.

La reconnaissance professionnelle concerne les dynamiques identitaires des praticiens (Jorro, 2009, p.27). Il s'agit alors d'interroger leurs propres perceptions de leur place dans le métier, du désir de métier, des épreuves, etc.

La **reconnaissance de la culture professionnelle** est caractérisée par « une internalisation d'une culture d'établissement, faite d'un attachement pour les normes et les valeurs explicites et implicites du lieu dans lequel s'exerce la profession » (Thévenet & Neveu, 2002, cité par De Ketele, 2013, p.18).

Deux types de postures se dégagent de ces quatre logiques de reconnaissance professionnelle. La posture de contrôle (Jorro, 2009) relève des logiques du genre et de la culture professionnelle. La posture de reconnaissance (De Ketele, 2011) se construit à partir du style et de l'éthos professionnel.

Par ailleurs, De Ketele (2011) propose d'aborder la problématique de la reconnaissance professionnelle dans des dimensions sociales et historiques par les logiques sociales, personnelles, économiques, de standardisation et formatives. Dans le cas des formations professionnalisantes comme celle des infirmiers, la logique formative, à l'intersection des quatre autres logiques, permet de former les professionnels dans le domaine spécifique et d'accompagner le processus de développement professionnel, et aussi celui de reconnaissance professionnelle (Ibid., 2011, p. 36).

Les enjeux de la reconnaissance professionnelle sur la professionnalité émergente et sur la motivation professionnelle sont importants. Les trois modalités suivantes (De Ketele, 2013, p.18) peuvent être une grille de lecture de l'impact de la reconnaissance professionnelle. Il s'agit de :

La **reconnaissance institutionnelle** (celle attribuée par les personnes mandatées par l'institution) ;

La **reconnaissance attribuée par les acteurs** (non officiellement mandatées) ;

La **reconnaissance perçue par le professionnel lui-même**.

D'après De Ketele, la reconnaissance perçue par le professionnel lui-même serait la plus importante. Celle-ci serait, dans certains cas, plus influencée par la reconnaissance attribuée par des acteurs non officiellement mandatées que par la reconnaissance institutionnelle, l'inverse s'avère vrai dans d'autres cas. Les écarts entre les trois types de reconnaissance peuvent être réduits si les quatre aspects de la reconnaissance : être connu, accepté, valorisé et reconnu (Ricœur, 2004) sont observés.

La reconnaissance professionnelle peut prendre deux formes, celle de la reconnaissance assignée et celle de la reconnaissance en pointillé (Jorro, 2009). Elles peuvent perturber le processus de développement de la professionnalité émergente.

La **reconnaissance assignée** situe le praticien dans le désir de l'autre et induit chez lui un sentiment d'enfermement dans ce rôle. Ce type de reconnaissance peut être la conséquence de cultures professionnelles très prescriptives comportant des injonctions d'identité professionnelle.

La **reconnaissance en pointillé** situe le praticien dans des modes de reconnaissance différents dans des lieux et des moments variés. Elle concerne souvent les professionnels mobiles sur plusieurs secteurs ou les stagiaires.

Jorro parle de brouillage de la professionnalité émergente provoqué par ces deux types de reconnaissance et pouvant entraîner du stress. La conséquence de ce vécu en termes de stress s'exprime par trois types de réaction (Fradin, 2008, cité par Jorro, 2013) : la fuite de l'environnement professionnel, les luttes verbales et/ ou physiques et le recours à l'inhibition. Il est fait référence ici au modèle des États d'Urgence de l'Instinct (EUI) dits de fuite, de lutte et d'inhibition (Fradin, 2008, p.15).

4. Les épreuves de professionnalité

Dans notre problématique, le vécu des débuts professionnels par certains débutants est perçu comme une épreuve. Une période de transition ou de « passage d'une étape à une autre de l'existence ou de la carrière professionnelle » (Guichard, 2007, p. 427), est, selon Robin (2009), souvent couplée avec un sentiment de déstabilisation du côté du sujet.

Robin, en s'appuyant notamment sur une recherche sur l'intégration des jeunes diplômés³⁵, explique que les infirmières débutantes « vivent la première étape de leur insertion professionnelle comme une véritable rupture par rapport à ce qu'elles ont connu antérieurement » notamment, dans les unités de soins où les soins techniques sont majoritaires. Cette recherche montre que cette expérience, qui peut durer plusieurs mois, est vécue comme une épreuve de laquelle les infirmières peuvent sortir grâce aux liens de solidarité tissés avec leur équipe, à laquelle elles se sentent appartenir.

³⁵ Dauce, A., mémoire cadre de santé, Université Catholique de l'Ouest et Institut de Formation des Cadres de Santé, 2007.

Les épreuves professionnelles sont mobilisées dans différents champs de recherches. La notion d'épreuve proposée par le sociologue Martuccelli est très opérante pour analyser la société et l'individu ; elle permet de sortir des cadres habituels de l'interprétation en sociologie, reposant sur les positions socioprofessionnelles. Dans la société, tous les individus subissent un « système standardisé d'épreuves spécifiques au processus actuel d'individuation » (Martuccelli, 2006, p.23) dans les quatre sphères institutionnalisées : l'école, le travail, la famille et la ville, et dans les quatre autres sphères créant du lien social : l'Histoire, les collectifs, les autres et soi-même. Les travaux issus de la sociologie de l'individuation considèrent l'individu comme étant le résultat plus ou moins variable d'un processus d'individuation (Simondon, 2005, cité par Martuccelli, p. 23). Dans cette lignée, les épreuves sont alors définies comme des « défis historiques socialement produits, inégalement distribués, que les individus sont contraints d'affronter » (Martuccelli, 2006., p.12). Par les épreuves, nous pouvons rendre compte de la « manière dont les individus sont produits et se produisent » (Ibid., p.10).

Les épreuves professionnelles, « au double sens *d'éprouver* une situation difficile et de *faire la preuve* de ses capacités à faire face » (Martuccelli, 2006), constituent un cadrage théorique essentiel pour Ravon (2009, p.62) qui propose la notion d'épreuves de professionnalité pour ses propres recherches sur le processus d'usure professionnelle des travailleurs sociaux.

Les épreuves de professionnalité sont alors centrées sur les troubles éprouvés au sein de l'action elle-même, lorsque les professionnels font état d'une grande perplexité face à l'incertitude des situations rencontrées, parce qu'ils n'arrivent plus à discerner au juste ce qu'il convient de faire (Ravon & Naquet, 2014, p. 268).

La notion d'épreuves de professionnalité nous paraît intéressante dans l'analyse des vécus des débuts professionnels des infirmiers dans la mesure où elle peut rendre compte de la manière dont l'individu se construit en tant que professionnel infirmier, ainsi que de l'influence du contexte social et interpersonnel des personnes, qui entraîne une nécessaire adaptation du sujet dans ce milieu. Elle permet d'aborder le processus d'individuation en cours (le devenir professionnel infirmier) voire, selon nous, celui de la subjectivation au travail.

Nous allons dans la partie suivante décrire notre cheminement de chercheur par une revue de littérature choisie de la question identitaire et montrer comment ces différents champs

disciplinaires (formation des adultes, psychologie, phénoménologie, psychanalyse) ont permis de construire notre posture épistémologique dans une approche psychophénoménologique.

Chapitre 3 : Les enjeux identitaires

Les débutants infirmiers connaissent des enjeux fortement identitaires dans cette phase de transition entre l'école et le travail. Nous posons l'hypothèse que l'émergence de la professionnalité du débutant se fait par une incorporation progressive du sentiment identitaire pour construire sa professionnalité et son identité professionnelle. Nous nous intéressons aux transformations identitaires de l'étudiant en soins infirmiers qui est sur le chemin de devenir un infirmier dans une forme de professionnalité. Nous nous interrogeons sur les modifications qu'entraînent les adaptations de soi nécessaires lors de la prise de fonction sur le sujet lui-même (en termes de développement professionnel et personnel notamment). Le sujet agit selon une dynamique qui lui est propre, guidée par l'atteinte d'un but (ayant aussi une part subjective), et visible sous la forme d'attitudes et de conduites. Ce système d'attitudes et de conduites regroupent notamment les transformations identitaires du sujet.

Dans ce chapitre concernant les enjeux identitaires, nous souhaitons mettre en exergue que la question identitaire n'est pas qu'une question de dynamique et de processus, mais que le sujet incarne des sentiments qui sont de l'ordre de son Moi intérieur et intrinsèque, de son unité, de sa cohérence, de sa valeur, de sa différence, de son existence.

1. La construction de l'identité : quelles approches ?

1.1. Des stratégies identitaires aux dynamiques identitaires

Cette approche des transformations identitaires par les stratégies identitaires rejoint celle partagée dans le champ de la formation des adultes en France (Camilleri, 1990 ; Lipianski, 1992), elle se caractérise par une approche non fixiste de l'identité et postule que le sujet est capable d'agir dans sa définition de Soi. Notre voie d'accès de la notion est celle par les processus et les dynamiques, dans un double ancrage disciplinaire (le champ de la psychologie et le champ de la sociologie). Ainsi, l'accent mis sur les contextes et leurs enjeux, les rapports sociaux et les situations d'interactions sociales situe l'identité dans le rapport à

l'autre et dans les interactions, et de ce fait, dans le champ disciplinaire de la sociologie. De même, l'identité relevant de la conscience, du subjectif et de l'individuel ancre la notion dans le champ de la psychologie. Notre étude centrée sur les débuts professionnels montre notre démarche diachronique qui permet de considérer l'expression des dynamiques identitaires et les temporalités dans lesquelles elles s'expriment (prise de fonction infirmière, premier poste en tant que diplômé infirmier).

A l'appui du courant interactionniste dans les années 90, les transformations identitaires se mettent en place sous la forme de **stratégies identitaires** qui regroupent des mécanismes et des conduites vécus par le sujet pour atteindre un but. Les mécanismes psychologiques peuvent être affectifs, cognitifs et défensifs, d'autant plus que le sujet évolue dans un milieu dans lequel il doit s'acculturer voire faire ses preuves (comme celui de son exercice professionnel pour un sujet débutant). Il est alors bien souvent à la recherche de la reconnaissance d'autrui, en présentant une image positive de Soi et protégeant une cohérence identitaire. Nous verrons que ce dernier élément est primordial pour préserver et faire évoluer son sentiment identitaire tout au long de sa vie personnelle et professionnelle.

Les stratégies identitaires sont alors définies comme :

Des procédures mises en œuvre (de façon consciente ou inconsciente) par un acteur (individuel ou collectif) pour atteindre une, ou des, finalités (définies explicitement ou se situant au niveau de l'inconscient), procédures élaborées en fonction de la situation d'interaction, c'est-à-dire en fonction des différentes déterminations (socio-historiques, culturelles, psychologiques) de cette situation (Camilleri, Lipiansky, Taboada-Leonetti & Vasquez, 1990, p. 24).

La définition opérationnelle des stratégies identitaires met au jour une dimension dynamique, évolutive au regard de la situation et des interactions vécues, régulatrice en fonction des objectifs poursuivis relevant de la recherche d'intégration dans un groupe (ici le groupe professionnel des infirmiers), de reconnaissance (ici reconnaissance professionnelle) voire de valorisation de Soi (ici déclencheur éventuel du sentiment identitaire infirmier).

Les acteurs individuels ou collectifs, la situation, ses enjeux et les finalités de la situation sont des éléments utiles à la lecture des stratégies identitaires. Sans écarter l'importance de l'interaction sociale au cœur de ces enjeux, la permanence de la préservation de sa « face » ou

image positive de Soi (Goffman, 1973, 1974) est chez le sujet un objectif de tous les jours que l'on pourrait nommer « stratégie identitaire ».

Approcher précisément les enjeux identitaires par le concept de dynamique identitaire valorise la problématique individuelle et la perception subjective qu'un sujet a de son individualité (conscience de soi, définition de soi...). Ce processus de dynamique identitaire permet alors au nouvel infirmier de se développer professionnellement. Nous verrons que ce développement professionnel est accompagné d'un système d'attitudes corporelles, interactionnelles et relationnelles caractéristiques. Les processus défensifs montrent comment un sujet peut réagir « individuellement ou collectivement à l'impression de déstabilisation, induite par l'expérience groupale, en vue de se protéger ou de rétablir un sentiment d'identité positif et stable » (Marc, 2005, p.99). Ces processus défensifs individuels ou collectifs peuvent éclairer la dynamique identitaire du sujet dans des moments de transition comme celui entre l'école et le travail. Il s'agit de l'affirmation de soi ou du retrait, des rituels de présentation, de la fusion dans le groupe, de la recherche d'un leader, ou encore des mécanismes de défense collectifs comme la projection, le clivage, l'attaque et la fuite. Ils peuvent être mis en œuvre par le sujet dans les moments des débuts professionnels de la même façon qu'au début des expériences groupales.

Chaque **dynamique identitaire** est considérée comme une totalité complexe, jamais stabilisée puisque soumise de façon permanente à un travail identitaire de construction, de destruction et de reconstruction de soi. Elle est constituée de composantes « indissociablement complémentaires et interactivement conflictuelles » (Kaddouri, 2006, p.122). Elle comprend les identités héritées, acquises et projetées dont la construction, en interaction sociale avec des autrui significatifs, génère des tensions intra et intersubjectives. Ces tensions conduisent le sujet à mettre en place des stratégies identitaires dont l'objectif est la sauvegarde de l'intégrité de l'identité, le maintien de la cohérence de ses différentes composantes, ainsi que la garantie de l'authenticité du projet de soi pour soi (projet identitaire). Les tensions identitaires, les stratégies identitaires, le projet identitaire et la dimension spatio-temporelle sont au fondement de la notion des dynamiques identitaires (Kaddouri, 2017).

1.2. L'identité psychosociale

En référence à Marc (1996, 2005, p. 51), la **construction de l'identité** est le résultat de « remaniements et de tentatives d'intégration plus ou moins réussies » et non pas la somme

des expériences. Cet éclairage du processus de transformation identitaire par des remodelages et des remaniements montre bien son caractère évolutif, incertain et imprévisible. Cette dimension régulatrice explique en partie les tâtonnements nécessaires au débutant professionnel pour s'intégrer dans une équipe, s'affirmer devant un patient et évoluer en tant qu'infirmier professionnel.

Le **soi professionnel**, dans la continuité du soi, comprendrait deux dimensions (Marc, 2005), un sentiment ou une perception de soi (au travail) et une représentation de cette perception de soi.

L'identité pour soi est une identité pré-réflexive, définie comme présence à soi ; elle correspond à un sentiment, une certaine perception de soi, ce qu'on peut nommer identité ou soi intime. L'identité pour autrui (ou soi social) relève d'une posture d'objectivation ; elle implique une prise de distance et un jugement sur soi, saisi comme quasi-objet ; elle suppose la médiation d'un regard (Marc, 2005, p.66).

Les expériences de stages en tant qu'étudiant infirmier ont permis à un espace personnel de réflexion de soi, comme futur professionnel, de s'initier. Le **Soi** est alors entendu comme « le produit d'un processus de construction dans lequel les interactions, les activités individuelles et les interlocutions jouent un rôle majeur » (Guichard & Huteau, 2001, p.216).

La **construction de Soi** (Guichard, 2007) fait appel à l'ensemble des facteurs et processus (sociaux et individuels) permettant à un individu d'orienter son existence et, ainsi, de tenter de devenir (de se faire) ce qu'il est à ses yeux et aux yeux des autres à un moment donné. Dans une période de formation et d'intégration professionnelle, le soi professionnel se développe progressivement en interaction avec un environnement et des acteurs de cet environnement de travail. Cependant, l'aspect relationnel et les affordances ne sont pas les seuls développeurs de ce soi professionnel, la singularité du sujet et ses ajustements de soi à soi concourent à la construction du soi professionnel. Partageant le postulat de ce psychologue, le soi se définit comme un processus singulier, propre au sujet, en réaction à certaines situations, interprétant la réalité, construisant sa réalité (notamment de travail) en interaction et en interlocution avec les autres et soi-même. Le SOI est, dans une perspective constructiviste, « une forme, un processus général de réflexivité se structurant sous la forme de certains modes déterminés de rapports à soi en fonction des interactions en contextes de l'individu » (Ibid., 2007, p.401). Par cette approche de la construction de soi, nous avons pu discerner l'intérêt des processus individuels en jeu dans les débuts professionnels.

2. Le sentiment identitaire

Par la confrontation de nos réflexions sur les enjeux identitaires à notre matériau de recherche qu'est le discours des débutants infirmiers sur leur vécu subjectif des débuts professionnels, une approche par le « *sentiment identitaire* » peut enrichir la notion de dynamique identitaire par ses dimensions subjectives et personnelles et par son processus de maturation et d'incorporation.

Nous vous présentons dans ce sous-chapitre une approche psychosociologique du sentiment identitaire, sa constitution d'un point de vue psychanalytique pour enfin, développer ses éléments constitutifs.

2.1. Approche psychosociologique du sentiment identitaire

La question de l'identité personnelle versus identité sociale est au cœur des enjeux identitaires des professionnels.

L'identité personnelle peut être définie comme le système de représentations et de sentiments à partir desquels le sujet construit et utilise un horizon temporel. Grâce au sentiment d'identité, il peut, en effet, se percevoir le même (*idem*) dans le temps, se vivre dans une continuité existentielle. Il aspire à une certaine cohérence, met en place la fonction de personnalité, c'est-à-dire organise et coordonne ses conduites, ses aspirations, ses désirs ou ses fantasmes et, ce faisant, cherche à rester lui-même (*is dem*). Il préserve une positivité, une estime de soi à partir desquelles les angoisses et le sentiment d'échec peuvent être canalisés (Tap, 1988, p.53).

La recherche d'une frontière entre l'identité personnelle et l'identité sociale est vaine dans le sens où l'identité sociale serait une zone de l'identité personnelle. L'identité personnelle renvoie à la conscience de soi. A la suite d'Erikson (1968) et Tap (1988), elle s'assimile au sentiment identitaire.

Mon identité, c'est donc ce qui me rend semblable à moi-même et différent des autres, c'est ce par quoi je me sens exister en tant que personne et en tant que personnage social (rôles, fonctions, relations), c'est ce par quoi je me

définis et me connais, me sens accepté et reconnu, ou rejeté et méconnu par autrui, par mes groupes et ma culture d'appartenance (Tap, 1988, p.69).

L'articulation du psychologique et du social serait alors pertinente, notamment dans des problématiques comme celle de l'intégration du nouveau professionnel qui mobilise chez le sujet des ressources identitaires relevant du domaine psychologique (personnalité) et du domaine social (groupe d'appartenance, groupe professionnel). Cette combinaison est possible dans une approche qui valorise le sujet et la conscience de soi comme celle de la psychophénoménologie.

Le **sentiment d'identité** (Tap,1988) est une des sept dimensions de l'identité qui permet de rendre compte de la dimension dialectique de l'identité avec l'environnement. Le sentiment d'identité est décrit comme « étroitement lié à celui de continuité dans la perspective temporelle » (Ibid., 1988). Le sentiment d'unité ou de cohérence interne, la multiplicité des identités organisées en système dynamique, les processus de séparation, d'autonomie et d'affirmation de l'individu face à l'extérieur, le renforcement par le sentiment d'originalité ou l'expérience de son unicité, l'enracinement dans l'action et dans la production d'œuvres, la valorisation de soi par l'action et aux yeux d'autrui conduisant à une estime de soi (Tap, 1988, p. 60) sont des dimensions complémentaires de l'identité. **L'estime de soi** est alors envisagée comme un « ensemble structuré de représentations de soi qui joue un rôle déterminant dans la genèse et la gestion des rapports de l'individu avec l'environnement et avec lui-même » (Ibid., 1988, p. 60). Elle dépend largement de l'interaction avec les composantes sociales de l'environnement (par exemple, groupe d'appartenance, de référence...) et aussi de son ancrage dans l'action (Ibid., p.74-77).

Le sentiment d'identité requiert une dimension psychosociale ; il se trouve à la fois chez les individus, les groupes ou les cultures.

Les composantes du sentiment d'identité sont visibles dans le Moi, le Je et le Soi. D'après James (1921), le Moi est composé du Moi empirique et du Moi social ; le Je est le sujet connaissant. Le Moi est alors la représentation de nous-mêmes ou des autres en considérant un ensemble de faits psychiques (James, 1921). Mead (1963) apporte une distinction entre le « Moi », le « Je » et le « Soi ». Il considère le Moi comme un ensemble des rôles des autres intériorisés et assumés par l'individu et rajoute avec la conscience de soi, l'idée d'être un objet pour soi en lien avec ses relations avec les autres. Le Soi ou conscience de soi (Allport, 1937, 1970) est la présence en nous d'un sujet épistémique qui nous fait ressentir et unifier un ensemble d'états éprouvés. Sept éléments constitutifs sont alors décrits en référence essentiellement à des sentiments (Allport, 1970) :

- Le sentiment corporel
- Le sentiment de l'identité du Moi dans le temps
- Le sentiment des appréciations sociales de notre valeur
- Le sentiment de possession
- L'estime de soi
- Le sentiment de pouvoir raisonner
- L'effort central (intentionnalité de l'être).

Des besoins fondamentaux humains rejoignent ces aspects du sentiment d'identité personnelle (les besoins de sensations, de points de repère, de considérations, de possessions, de connaissances et d'objectifs).

Le sentiment d'identité peut être central dans la notion d'identité, jusqu'à en devenir la notion elle-même (Erikson, 1968). Le sentiment d'identité est « un sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle au principe le plus profond de toute détermination de l'action et à la pensée que je possède » (Ibid., p.14) Les sentiments et processus constitutifs de l'identité s'appuient sur :

- Le sentiment subjectif d'unité personnelle
- Le sentiment de continuité temporelle
- Le sentiment de participation affective
- Le sentiment de différence
- Le sentiment de confiance ontologique
- Le sentiment d'autonomie
- Le sentiment de self-control
- Les processus d'intégration de valeurs et d'identification.

Ces sentiments sont organisés autour de la volonté d'existence et d'un projet que l'on peut qualifier de projet identitaire.

L'idée du sentiment optimal de l'identité est intéressante au regard de notre problématique. Il apporte la notion de complétude du sentiment, de projet identitaire et de reconnaissance. Erikson (1968, p. 173) s'interroge sur la conscience du sentiment d'identité, qui, selon lui, serait parfois trop éveillé.

Le sentiment optimal de l'identité est, d'autre part, vécu simplement comme un bien-être psychosocial. Ses concomitants les plus manifestes sont le sentiment d'être chez soi dans son corps, le sentiment de « savoir où on va » et l'assurance intérieure d'une reconnaissance anticipée de la part de ceux qui comptent (Erikson, 1968, p. 173).

Par ailleurs, la notion de maturité de l'identité renforce le caractère changeant et évolutif de celle-ci. Elle nous intéresse au regard de notre objet de recherche qui cible la période des débuts professionnels des infirmiers. Une identité mature est une identité où tous les sentiments constitutifs du sentiment d'identité ont pu se développer. Le développement de ces sentiments permet le sens du réel et du présent, l'utilisation de l'expérience, le contrôle de soi, la souplesse de l'accommodation, la tolérance à la frustration, l'initiative, le sens de la responsabilité, le sens de la solidarité, la capacité de donner et de recevoir, la capacité de décentration et d'empathie, la capacité de changer (Osterrieth, 1965). La maturité de l'identité peut se repérer dans l'adaptation du sujet lors d'expériences personnelles ou professionnelles nouvelles. Le sujet s'est construit à partir de sentiments existentiels déterminant la manière dont il aborde les situations de sa vie, personnelles et/ou professionnelles. La prise en compte du positionnement social du sujet ainsi que son histoire personnelle, qui fait qu'il s'est construit de telle ou telle manière, peut éclairer le vécu subjectif de ses débuts professionnels en tant qu'infirmier.

Cette première approche de type psychosociologique peut être complétée par la psychanalyse qui éclaire la constitution du sentiment identitaire.

2.2. La constitution du sentiment identitaire

Le sujet oscille entre le sentiment d'être identiquement soi et celui d'être autre. **Dans une approche psychanalytique**, Berry (1987)³⁶ décrit comment se constitue le sentiment identitaire. Pour cette psychanalyste, l'origine du sentiment d'identité se situe dans la différenciation psychique entre soi et la mère pendant le processus de séparation-individuation, il conditionne le sentiment de cohésion de soi c'est-à-dire « moi-même » (Berry, 1987, p.81). Le sentiment d'identité se distingue du sentiment d'existence, ce dernier peut s'instaurer dans un environnement stable. En revanche, le sentiment d'identité ne se développe chez l'enfant que s'il fait l'expérience de se sentir un être unique. Le vécu corporel

³⁶ Nicole Berry (née en 1931) est une psychanalyste française.

de l'enfant se développe à partir des propos et des fantasmes, de ce qu'il est pour ses parents, de ce qui est dit et non-dit.

C'est le travail de l'analyste que de traduire en mots ce vécu, de lui donner du sens, de permettre de dire le plaisir, la douleur, le bien-être, d'aider ainsi à la réalisation d'une unité corps-psyché (Winnicott, 1969) qui conditionne le sentiment d'identité (Berry, 1987, p. 87).

Berry (1987) réfute la thèse de l'identification à la base de l'origine du Moi. Elle fait référence à un « Moi originaire, informe, mais singulier, harmonisation biologique originale, préexistante à l'identification » (Ibid., p. 89). Le moi se développe sur un socle caractérisé par sa continuité d'être.

Erikson³⁷ interroge la constitution de l'identité dans la simple somme des identifications premières ou bien comme une collection additionnelle d'identifications (1968, p. 165). L'identité se formerait alors quand le processus d'identification n'est plus utile. Il met en exergue l'identification par l'expérience et les contacts avec la famille, le voisinage et l'école pour les enfants et les adultes (Ibid., p. 168).

Le **processus d'identification** intervient dans la constitution du sentiment identitaire, la distinction entre l'identification d'autrui et l'identification à autrui est éclairant. Identifier, c'est reconnaître quelque chose à certains signes pour le ranger dans une catégorie de connaissances, ou dans une seconde acception, c'est l'action de s'identifier à quelqu'un. Pour identifier autrui, le sujet utilise les trois niveaux des noyaux identitaires comme des grilles d'analyse. En effet, le sujet identifie un autre sujet dans un ensemble culturel donné, dans un groupe ou par rapport à soi (en tant que critères psychologiques d'évaluation d'autrui). De plus, le système d'évaluation d'autrui par rapport à soi guide le système interactionnel. Les schémas identitaires culturels, groupaux et personnels servent de référence à l'identification d'autrui.

L'identification à autrui a un sens différent. C'est « 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. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications » (Laplanche & Pontalis, 2007). L'identification peut être individuelle et personnalisée, elle se présente alors comme un processus essentiel de la formation de la

³⁷ Erik H. Erikson (1902-1994) : psychanalyste américain, professeur aux universités de Berkeley et Harvard.

personnalité. L'identification peut être aussi culturelle ; elle permet alors à un sujet de s'identifier à un modèle culturel commun ou à « l'unité symbolique » d'un groupe.

Le processus permettant la formation de l'identité est la plupart du temps inconscient, il permet de procéder à la différenciation par le sujet.

La formation de l'identité met en jeu un processus de réflexion et d'observations simultanées, processus actif à tous les niveaux de fonctionnement mental, par lequel l'individu se juge lui-même à la lumière de ce qu'il découvre être la façon dont les autres le jugent par comparaison avec eux-mêmes et par l'intermédiaire d'une typologie, à leurs yeux significative ; en même temps, il juge leur façon de le juger, lui, à la lumière de sa façon personnelle de se percevoir lui-même, par comparaison avec eux et avec les types qui, à ses yeux, sont revêtus de prestige (Erikson, 1968, p.19).

Enfin, « **l'identité finale**, [...] renferme toutes les identifications signifiantes, mais elle les transforme aussi de façon à en faire un tout raisonnablement cohérent et spécifique » (Ibid., p. 168). Ainsi, le sujet (adolescent dans ses travaux de recherche) est invité « à opérer un passage du jeu social à l'expérience du travail et à passer des rites de travail à des engagements définitifs, tout cela se basant par un contrat mutuel implicite entre la société et l'individu » (Ibid., p. 172). Les deux pôles identitaires (social et psychologique, relationnel et biographique) forgent cette *identité finale* à l'âge adulte, tout en gardant son caractère dynamique, évolutif et non figé. La cohérence et l'unité personnelle subjective sont des composants du sentiment identitaire qui permettent au sujet de se diriger vers une posture d'engagement (ce qui est visible notamment dans la posture professionnelle).

2.3. Les sentiments constitutifs du sentiment identitaire

A la suite des travaux d'**Erikson (1968)**, d'**Allport (1970)** et de **Tap (1988)**, notre conception du sentiment identitaire repose globalement sur des sentiments subjectifs et une volonté d'existence ; c'est une conception globalisante et intégrative comprenant le sentiment de cohérence, le sentiment d'unité personnelle, le sentiment d'appartenance, le sentiment de différence, le sentiment de valeur personnelle, le sentiment d'autonomie et le sentiment de confiance.

Dans ce sous-chapitre, les sept constituants du sentiment identitaire ainsi que le sentiment d'existence sont développés. La présentation de chaque sentiment identitaire condense les

éléments éclairants la compréhension de notre grille d'analyse³⁸ composée de ces sept constituants du sentiment identitaire et des composants professionnels (reconnaissance professionnelle, valeurs, savoir-faire).

Le sentiment de cohérence

Le sentiment de cohérence est celui d'une cohérence interne du système psychique ou culturel du sujet ou du groupe. La cohérence est tout d'abord une liaison, une imbrication de divers éléments dans un ensemble³⁹. Au niveau individuel, il s'agit de la cohérence de la personnalité du sujet. Le psychisme s'organise comme un tout cohérent par les informations internes et externes qu'il reçoit. Internes, elles concernent les sensations corporelles, les sentiments, les émotions éprouvées, les pensées et les réflexions. Externes, elles regroupent les sensations, les perceptions et d'autres informations. Le noyau identitaire individuel se construit à partir des activités affectives et cognitives et permet au sujet d'avoir une connaissance sur le monde qui l'entoure, et par là-même, également sur lui-même. La source du sentiment d'identité personnelle se situe dans cette connaissance sur soi-même. Au niveau du groupe, ses membres retrouvent cette cohérence dans les références psychologiques et le système de croyances (Festinger, 1957). On y retrouve notamment les valeurs et le système de penser du groupe.

Le sentiment d'unité

Le sentiment d'unité est celui d'une unité subjective personnelle et singulière. L'unité est la qualité de ce qui est un, sans parties⁴⁰. Le sujet ressent une impression d'une certaine unité, même si les états psychiques sont variables. Ce sentiment d'unité correspond à l'unité des *Moi*. Il repose sur la structure cognitive du sujet qui s'est constituée progressivement dans le psychisme à travers les expériences affectives, relationnelles, sociales et intellectuelles. C'est grâce à cette structure cognitive qu'une certaine cohérence globale et finale du sujet peut être atteinte. Le sujet qui s'est construit dans une unicité peut ressentir un sentiment de continuité dans son existence ; il peut s'exprimer, se percevoir comme le même malgré les changements et se sentir rester soi à travers le temps. Il résulte, tout comme le sentiment de cohérence, de l'organisation temporelle du Soi.

³⁸ Ces analyseurs sont présentés dans le tableau 9 et 10 : Analyseurs phase 2 et phase 3 des entretiens.

³⁹ Encyclopædia Universalis.

⁴⁰ Encyclopædia Universalis.

Le sentiment d'appartenance

Le sentiment d'appartenance est le fait de se considérer et de sentir comme appartenant à un groupe ou à un ensemble. Le sujet construit ce sentiment d'appartenance en s'imprégnant des valeurs, normes et modèles (personnes, famille, professionnels) ; il en est donc le résultat par des processus d'intégration et d'assimilation des valeurs sociales. Il correspond au Moi (Mead, 1970) et au sentiment de participation affective (Erikson, 1978) au niveau individuel et au sentiment de solidarité ou esprit de groupe au niveau du groupe.

La relation primitive du nourrisson avec sa mère permet au sentiment d'appartenance de se développer. Au tout début de sa vie, le nourrisson forme une unité avec sa mère, un tout, il est en symbiose avec elle formant un « *nous* » assujetti aux mêmes humeurs et ressentis. Une autre source du sentiment d'appartenance est celle de la vie communautaire des sociétés primitives qui considère la vie de l'individu, ses pensées et ses conduites que par la réalité du groupe. L'individu n'existe pas pour lui-même mais par le groupe et pour ce dernier.

Les processus d'intégration et d'assimilation des valeurs sociales, avec ses normes et ses modèles, permettent au sentiment d'appartenance de se construire. Le noyau culturel d'un groupe permet à ses membres de se comprendre et de communiquer. Il s'est construit à partir d'imprégnations culturelles et se révèle spontanément lors d'événements importants pouvant toucher à l'intégrité ou à la survie de celui-ci.

Des pathologies de l'identité peuvent apparaître à la suite d'une rupture de lien primitif du nourrisson avec sa mère ou sa famille. En lien avec le phénomène de rejet d'un enfant, d'exclusion, de bannissement ou de traumatismes affectifs, des troubles de l'identité peuvent subvenir. De même, le sentiment d'identité joue un rôle dans l'insertion professionnelle et sociale ; de ce fait, une période de chômage ou de violence aura une incidence sur celui-ci. Ce dernier point renforce l'importance du sentiment identitaire dans le développement de la professionnalité dans les débuts professionnels des infirmiers.

Le sentiment de différence

Le sentiment de différence est en relation de mutuelle dépendance des sentiments de singularité et d'unicité. Il émerge du sentiment d'identité personnelle dans la mesure où le sujet se distingue des autres en vivant son unicité et sa singularité.

Le sentiment de différence permet au sujet de prendre conscience de son identité personnelle et singulière et permet de renforcer le sentiment d'existence. Ainsi, il se considère dans l'altérité, donc comme un autre, et jamais totalement identique à autrui. Il peut désirer simultanément se conformer et se différencier, et ce de manière consciente ou inconsciente.

Au niveau du groupe, le sentiment de différence permet au sujet de voir ce qui le différencie du groupe et permet à l'identité groupale et culturelle de se construire. Les personnes prennent conscience de ce qui les différencie des autres dans un groupe. Par ce processus de différenciation, ils saisissent leur appartenance au groupe.

Le sentiment de valeur personnelle

Le sentiment de valeur se développe dans les relations avec autrui dans la mesure où le sujet recherche chez les autres socialement significatifs et dignes d'intérêt, une appréciation, une valeur. Ce processus permet au sujet d'être une référence pour quelqu'un d'autre. La **valeur** se définit comme étant le mérite personnel, le caractère de ce qui est estimable, l'appréciation de la qualité d'une chose ou d'une personne⁴¹. Le désir d'identité se manifeste par la volonté d'être quelqu'un pour quelqu'un d'autre, ce qui revient à être reconnu par celui-ci. Le sujet peut rechercher de la valeur dans le regard d'autrui ou par le jugement qu'il porte sur lui-même. De même pour un groupe, la valorisation est recherchée et son contraire provoque des processus défensifs voire agressifs de la part de celui-ci.

La notion de valeur accordée à soi-même comporte une dimension évaluative et de jugement sur soi, ses propres valeurs. Le sujet porte alors un jugement favorable ou défavorable sur lui-même.

Le sentiment de valeur renforce le sentiment d'exister et développe l'estime de soi. **Le sentiment d'estime de soi** prend sa source dans la relation primitive à la mère favorable au développement de la confiance fondamentale. C'est un sentiment fondamental se constituant par la répétition des appréciations et des évaluations positives des autres à propos des actions, des réussites, des échecs, la comparaison avec les normes sociales et les normes d'action.

La référence à la désirabilité sociale (Cambon, 2006) est prégnante dans cette approche. C'est une forme de valeur sociale qui s'appuie sur la connaissance de ce que les personnes ont de ce qui est considéré comme désirable dans un groupe donné (Ibid., p. 128).

L'estime de soi se forge par comparaison par le sujet de lui-même par rapport aux autres, et de l'image de soi et l'image idéale de soi. L'estime de soi est considérée comme un jugement global à propos de soi (Guichard, 2007), c'est le jugement que la personne porte sur elle-même. Elle constitue la dimension évaluative du concept de soi. Enfin, elle serait la condition nécessaire à toute possibilité de reconnaissance (Honneth, 2000). Les climats familiaux et éducationnels influencent l'estime de soi car ils forment les repères des évaluations faites par le

⁴¹ Ibid.

Moi (Mead, 1934 ; Linton, 1945). Les réussites et les échecs vécus par un groupe ou une culture fondent le sentiment d'estime de soi de celui-ci. Enfin, l'estime de soi a une influence sur les aspirations et les motivations concernant les projets personnels dans l'avenir et leurs réalisations personnelles (Robaye, 1957).

Le sentiment d'autonomie

Le sentiment d'autonomie se développe sur l'autre versant du sentiment d'appartenance. Le sentiment d'identité personnelle se développe si le sujet se sent appartenir à un groupe de référence mais aussi s'il sent une certaine autonomie par rapport au groupe. Ainsi, le sujet ne doit pas se sentir sous l'emprise du groupe pour pouvoir affirmer sa propre identité personnelle. Dans l'enfance, le sentiment d'autonomie se développe et s'affirme vers les troisièmes et quatrièmes années en pratiquant la liberté de choix et l'éventualité. C'est ainsi que l'enfant développe sa pensée par lui-même. Comme évoqué précédemment et théorisé par Freud puis Erikson, les processus d'assimilation-accommodation permettent la construction de l'identité par des processus d'identification-fusion et de mise à distance-rejet. La personne recherche en permanence la distance affective adaptée dans ses relations à autrui, et construit son positionnement à partir de ses ajustements (imiter et garder une juste distance ; fusion-rejet) qui lui permettent d'affirmer sa valeur en tant que personne. Ainsi, la distance affective adaptée permet au sujet de développer son sentiment d'autonomie, de s'ouvrir à l'ensemble de ses potentialités, et de se sentir en sécurité dans la participation.

La dialectique de l'autonomie forgée par le sentiment d'identité personnelle permet au sujet de développer des pensées, de prendre des décisions, et de réaliser des actes personnels et professionnels. Ces derniers critères mesurent la maturité de l'identité.

Le sentiment de confiance

Le sentiment de confiance fondamentale est acquis par la stabilité et la profondeur de la relation primitive à la mère (Erikson, 1978). Globalement, les parents et l'entourage familial vont déclencher ce sentiment de confiance, et permettre à l'identité personnelle de se développer sur un socle de confiance de base ou d'un sentiment de sécurité ontologique (Laing, 1970). Les processus cognitifs d'intégration des valeurs, d'évaluation et de jugement peuvent alors se produire.

Le sentiment de confiance est un « sentiment social » ou une aptitude à participer à la vie collective (Adler, 1911). Le sentiment de confiance peut se définir comme une capacité de confiance en autrui et en soi-même. Il s'acquiert dans la relation à autrui et dépend de la

capacité de participation et du sentiment d'appartenance. C'est une impression de sécurité envers une personne à qui l'on se remet⁴². Pour les groupes ou les cultures, les relations favorables et positives permettent le développement du sentiment de confiance et par là-même, celui d'appartenance au groupe ou à la culture.

Le sentiment d'existence

Le sentiment d'existence est fondé par l'ensemble des sentiments constitutifs du sentiment identitaire. Le sujet peut avoir une sensation de bien-être s'il parvient à orienter sa vie selon ses motivations et ses valeurs et atteindre ses objectifs de vie. Le sujet suit inconsciemment son projet identitaire et concrétise sa volonté d'existence. Ce projet identitaire est construit, d'après les psychologues, par des facteurs psychologiques dans les premières années de vie dans les expériences, ou selon les sociologues, par des déterminants extérieurs du projet comme les origines sociales, les diplômes, la scolarité.

Notre posture de chercheur face à la question identitaire s'est progressivement affirmée dans le cheminement de la recherche. Notre approche psychophénoménologique orientée vers le vécu subjectif des sujets intègre, au processus dynamique de l'identité, la dimension subjective du sentiment identitaire et nous amène à nous interroger sur une posture professionnelle de subjectivité incorporée.

⁴² Ibidem.

Chapitre 4 : Problématique de la recherche et hypothèses

Dans une première partie, le contexte de formation et d'exercice professionnel des infirmiers diplômés d'état en France est décrit. Différentes approches sont choisies pour rendre compte de ce contexte dans lequel se jouent pour le professionnel débutant des enjeux de développement professionnel, de professionnalité émergente et des enjeux d'ordre identitaire. Cette période de transition école-travail considérée comme un passage d'une étape à une autre de l'existence ou de la carrière professionnelle (Guichard, 2007) entraîne chez les néo infirmiers « une réorganisation des rapports que les sujets entretiennent avec eux-mêmes, avec autrui, avec leurs milieux de socialisation » (Baubion-Broye, Le Blanc, 2001). L'entrée dans le métier peut faire vivre aux néo infirmiers des sentiments de stress et d'incertitude, voire un choc (Bravo & al, 2003), des doutes et une déstabilisation du côté du sujet, voire une rupture (Robin, 2009). De plus, les débutantes infirmières s'attendent à un accueil différent de ce qu'elles peuvent vivre dans la réalité ; elles dénotent par leur enthousiasme, leur motivation et leur bonne volonté (Phaneuf, 2014). Cette étape situe les nouvelles recrues dans un état de vulnérabilité face à leur nouvelle profession ; cet état est désigné comme le *syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières* dans des recherches canadiennes (Roy & Robichaud, 2016) ; il serait un passage incontournable du processus d'intégration de ces nouvelles infirmières québécoises. De même, en France, le contexte professionnel complexe et mouvant peut, entre autres par des pressions institutionnelles et des attentes d'opérationnalité très rapide, déstabiliser le débutant infirmier. Il peut alors réagir pour maintenir un sentiment identitaire *positif et stable* (Marc, 2005).

Notre questionnement de départ porte sur le vécu des débuts professionnels des débutants infirmiers. Ce vécu se traduit parfois par des difficultés dans l'intégration ou dans la pratique professionnelle chez certains novices. Nous postulons que cela nécessite des adaptations de soi du débutant pour être opérationnel en tant qu'infirmier, mais également pour se sentir à sa place.

Les infirmiers débutent dans un espace d'activités familial qu'ils ont côtoyé en stage pendant trois ans. Malgré cela, ils connaissent parfois des difficultés, notamment celle de trouver leur place. Ils peuvent aussi être embarrassés face à une façon de procéder pour la réalisation d'un

geste ou dans leur propre organisation de travail. Ils peuvent être déstabilisés par des difficultés d'organisation liées à un nombre important de patients et de tâches professionnelles, notamment administratives, qui leur incombent. Ils ont alors parfois le sentiment d'avoir tout à découvrir malgré la formation professionnelle en alternance.

Ils se sentent différents, dans une situation de débutant où ils ne sont plus stagiaires sous la responsabilité d'un infirmier. Le débutant infirmier se retrouve seul, il cherche sa place par rapport à lui-même, dans ce qu'il est, dans ce qu'il souhaite être en tant que professionnel, au regard de ses idéalizations de cette profession, des possibilités d'actions professionnelles et de la nécessité de développer sa posture professionnelle. Il cherche sa place par rapport à une équipe infirmière et pluriprofessionnelle, dans laquelle il devrait s'intégrer rapidement du fait de son diplôme et de sa formation. Il vit alors un décalage entre les attentes institutionnelles vis-à-vis de lui (être opérationnel rapidement) et ses besoins en tant que débutant, qui sont ceux des tâtonnements, de la découverte de Soi en tant qu'infirmier, de découverte de l'autre, de sa relation professionnelle avec les patients et les autres soignants.

Ses débuts relèvent d'un vécu subjectif d'une expérience singulière, que chacun vit avec ce qu'il est. Nous postulons que le débutant professionnel aurait besoin de temps, notamment d'ajustement de soi, des gestes professionnels, de relation avec autrui (patient et équipe), pour pleinement se réaliser. Le sujet, même adulte, continue à se créer lui-même, dans les interactions et la communication avec le groupe social d'appartenance. « Il est nécessaire d'être cause, de se mettre à l'ouvrage et de faire œuvre » (Tap, 1988, p.57) pour continuer à construire ou maintenir son sentiment identitaire dans une cohérence et une unité singulière. Cette nécessité d'être cause est d'autant plus forte dans les moments de changements de vie, notamment dans les débuts professionnels où le sujet débutant *réalise pour se réaliser*.

Il peut prendre conscience de certaines de ses limites parfois liées à sa formation, parfois liées à sa capacité à faire face à la situation professionnelle. Même si elle lui est familière par ses stages, il peut se sentir déstabilisé, devant prendre en autonomie des décisions professionnelles au regard du statut qu'il a dorénavant.

Notre questionnement de départ est parti de ce constat des débuts professionnels vécus de façon parfois déstabilisante par le néo infirmier, comme des moments atypiques et différents des stages. Cette période de transition professionnelle entre un statut connu d'étudiant et celui d'infirmier est une période où ce qui se vit ne relève pas d'un allant de soi.

Débute alors un parcours qui pourrait s'apparenter à un parcours initiatique (Dubar, 2000a) où il doit **apprendre à être professionnel, à être *lui-même* professionnel**. En ayant conscience de Soi, en prenant conscience progressivement que des éléments constitutifs de son identité

personnelle rencontrent, dans un espace d'activité professionnel au travers des situations vécues, des éléments en construction de son identité professionnelle. Là encore, il ajuste des éléments de Soi dans ses conduites, ses attitudes et ses relations. L'ensemble de ces réajustements sont nécessaires dans la mesure où un sujet professionnel doit donner du sens à son travail et à son activité ; il doit aussi avoir une perception de ce que sa propre personne dans sa singularité et son unicité peut apporter à cette profession (qu'il a pour la plupart du temps choisie), à une équipe et à un patient dans son processus en santé.

Notre problématisation est partie de ce questionnement de départ et des constats que les débuts professionnels faisaient vivre à certains débutants une discontinuité. Le point de vue de la praticienne de la formation des adultes auprès des futurs infirmiers en formation initiale nous a animé dans cette quête de compréhension de la singularité des vécus des débutants. Nous nous sommes interrogées sur la pertinence d'une formation complémentaire post-diplôme qui s'apparenterait à une période d'accompagnement personnalisé des débutants au regard des vécus des débuts professionnels. Ce processus de formation intégrative, complémentaire à l'intégration professionnelle, permettrait d'accompagner la construction du Soi professionnel, et par là même, celle de la professionnalité émergente infirmière.

Nous avons procédé à un cadrage théorique de notre problématique par les enjeux des débuts professionnels, de la professionnalité et des enjeux identitaires. Sous des perspectives psychosociologiques, la notion de sentiment identitaire a largement enrichi notre cheminement de recherche. Elle a permis de compléter nos grilles de lecture et d'analyse de la problématique de la professionnalité « négociée » (entre soi et soi, et soi et les autres) des débutants infirmiers.

Les concepts de sentiment identitaire, de professionnalité émergente et la notion de débuts professionnels sont principalement ceux qui soutiennent le cadre théorique de notre recherche. Les débuts professionnels sont considérés comme une période pouvant être déstabilisante (Bravo, 2003 ; Robin, 2009 ; Roy & Robichaud, 2016). Le sentiment identitaire par ses dimensions de *cohérence* et d'*unité* et de *continuité temporelle* (Erikson, 1968 ; Allport, 1970 ; Tap, 1988) permettrait au sujet de réaliser pour se réaliser, de mener sa quête de sens, d'autonomie dans la réalisation de son projet. Ce projet identitaire (Kaddouri, 1996) nécessite que soient mobilisés des composants intrinsèques du Soi pour provoquer le changement et le contrôle de son environnement. Des processus subjectifs et inconscients sont alors en jeu. Ils permettent au sujet par un travail identitaire (Ibid., 2006) de développer sa professionnalité émergente (Jorro, 2009) ; cette construction ou la reconstruction d'un Soi professionnel

nécessite des tâtonnements de la part du sujet qui présente une volonté de se développer professionnellement.

La question de recherche retenue est la suivante :

Le sentiment identitaire professionnel permet-t-il au débutant infirmier de construire sa propre professionnalité ?

Les trois hypothèses de recherche suivantes ont guidé ce travail :

Une professionnalité spécifique du débutant infirmier est observable sur le terrain professionnel (Hypothèse de recherche 1).

La professionnalité du débutant infirmier se construit en interdépendance avec l'expérience élaborée (Hypothèse de recherche 2).

La construction de la professionnalité du débutant infirmier est en interdépendance avec le sentiment identitaire professionnel (Hypothèse de recherche 3).

La section suivante est consacrée à la présentation du dispositif de la recherche et de son analyse. La méthodologie de la recherche est argumentée au regard du choix d'une méthodologie qualitative de recherche. Elle se termine sur la présentation des résultats et une discussion générale, procédant à un retour réflexif sur la question de recherche et les hypothèses, ainsi que sur la posture épistémologique du chercheur.

Seconde section :

Le dispositif de recherche et l'analyse

Partie 1 : Méthodologie de la recherche

Chapitre 1 : Le choix d'une méthodologie qualitative

1. Des méthodes de recherche qualitatives aux analyses qualitatives en sciences humaines et sociales

1.1. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales

L'idée ici n'est pas de produire un catalogue des méthodes qualitatives utiles non seulement pour les recherches en sciences sociales et humaines mais aussi dans les champs de la littérature, de l'herméneutique, et bien d'autres. Une réelle diversité des approches permettant d'analyser l'activité et l'expérience des sujets se côtoient dans les secteurs sociaux (Lemeur & Hatano, 2011). Les différentes méthodes de recueil de données utilisées dans cette thèse font toutes partie de la catégorie des méthodes qualitatives. Le recueil de données de recherche est réalisé à partir d'entretiens compréhensifs, d'explicitation et biographiques. Au-delà du choix de méthodes de recherche de type qualitatives, l'intérêt porté par les chercheurs à l'analyse qualitative consistant « à l'aide des seules ressources de la langue, à porter un matériau qualitatif dense et plus ou moins un niveau de compréhension ou de théorisation satisfaisant » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.34) a permis d'enrichir les objets de recherche du champ en question. Comprendre la posture des chercheurs en analyse qualitative et construire la nôtre a été une étape de notre cheminement de recherche. L'analyse qualitative est définie comme :

Une re-présentation et une transposition conscientes délibérées et rigoureuses du système « soi-monde-autrui » (Giorgi, 1997, p.345), de manière à en faire une nouvelle exploration dans l'optique particulière des sciences humaines et sociales, lesquelles s'efforcent à faire surgir le sens en rendant compréhensible (Paillé & Mucchielli, 2012, p.35).

Les données produites à partir d'un recueil de données de type qualitatif prennent naissance à partir de leur essence même présente dans un contexte spécifique mais aussi des règles de l'analyse. Une des premières étapes de l'analyse est de nommer, c'est-à-dire de rendre signifiant. L'analyse qualitative est « l'une des formes particulières de cet acte de nommer, en

ce qu'elle re-présente des données textuelles en les transposant d'une manière qui fait sens » (Ibid., p.35).

Le chercheur cherche à re-constituer le sens en se référant aux situations du point de vue des acteurs. En effet, les significations ne sont pas limpides pour l'acteur lui-même mais émergent de la situation et de l'acteur en cours d'action, et ses habitudes cognitives, affectives et comportementales.

C'est ainsi que le travail d'analyse met en relation le contexte et des configurations, et intègre les phénomènes analysés à d'autres analyses, à d'autres situations, et à un cadre théorique.

1.2. Vers une épistémologie psychophénoménologique

L'épistémologie dans laquelle nous nous situons est de l'ordre d'une posture psychophénoménologique. Elle s'est construite progressivement dans ce parcours doctoral. Elle caractérise notre posture de recherche car elle prend en compte la subjectivité de la personne en première personne et signifie que nous intégrons ce que vit le sujet selon lui (en référence à une approche phénoménologique) et dont il peut verbaliser la description. Nous explorons dans cette recherche doctorale le vécu subjectif des sujets débutants en tant qu'infirmier dans l'expérience de la première année de travail après leur diplôme, dans une situation professionnelle passée, singulière et spécifiée (en référence à Vermersch, 2012). La subjectivité, dans le sens psychophénoménologique du vécu subjectif dans une situation passée, singulière et spécifiée, peut être recueillie par des entretiens qualitatifs qui permettent au sujet de s'exprimer librement sur le thème proposé. La subjectivité peut être une ressource en formation et en éducation (Mouchet & Cattaruzza, 2015) et prend une place importante actuellement dans les formations (analyses des pratiques professionnelles, explicitation des pratiques, etc.). La subjectivité implique des questions de sens et de valeurs car tout sujet a une perception subjective de la réalité. Rendre scientifique l'objet de la subjectivité implique une posture du chercheur qui ne dit pas à la place des sujets ce qu'ils vivent dans une situation spécifiée, mais plutôt accorder au sujet la possibilité de dire de son expérience, ce qu'il vit.

Le choix d'une méthodologie de recueil de données de type qualitative et le développement d'une posture psychophénoménologique nous ont paru pertinents au regard de notre objet de recherche : la professionnalité des débutants infirmiers étudiée sous l'angle du sentiment identitaire.

Le protocole de recherche présente des caractéristiques phénoménologiques en adéquation avec une posture de chercheur qui s'intéresse au **vécu du sujet** dans tout ce qu'il a de singulier, à son expérience du monde à partir de ce qu'en fait le sujet (en référence à Husserl, 1950). La recherche doctorale a pris la forme d'une étude longitudinale car cette temporalité permet de recueillir des éléments qui sont en pleine évolution chez le sujet qui construit sa professionnalité et qui vit des transformations identitaires. La conceptualisation de l'identité par les dynamiques identitaires évoluerait vers celle d'une identité qui n'est pas qu'un processus mais qui intègre, incorpore l'ensemble de la subjectivité de l'acteur. Autrement dit, au-delà d'un processus de dynamique identitaire (notion conceptualisée notamment par les chercheurs du Centre de Recherche sur la Formation au CNAM dans les années 1990 à 2000), l'identité professionnelle serait incorporée par le sujet lui-même. Diverses conceptions du sujet existent : le sujet clinique, le sujet social, le sujet subjectum, le sujet grammatical, le sujet des philosophes (conscience réfléchie, il pense et se fonde dans sa pensée), le sujet de l'entendement ou de la connaissance, le sujet épistémique, etc. Dans la perspective clinique :

Le sujet se manifeste comme sujet d'énonciation (il parle), d'intention (il veut) et s'inscrit dans un contexte spatio-temporel et social, trajet, filiation, cheminement, projet dont il prétend réunir les éléments pour se les approprier (au sens, cette fois, de les rendre propre à soi) dans une singularité signifiante. Il vise la reconnaissance (s'y reconnaître et se faire reconnaître), ce qui le place tout de suite dans une visée de sens et dans la relation (Ardoino & Barus-Michel, 2013, p.270).

L'importance accordée au vécu subjectif du sujet en tant que chercheur et praticien de la formation a largement influencé nos choix méthodologiques mais aussi orienté notre objet de recherche vers une épistémologie psychophénoménologique. La prise en compte de la subjectivité d'un sujet et la verbalisation du vécu subjectif d'une situation spécifiée, ainsi que l'intégration effective de ces éléments dans l'analyse qualitative caractérisent notre posture de chercheur. Le vécu dont il est question ici, est celui d'un moment qui a existé pour le sujet et vers lequel il se retourne (réfléchissement) pour y chercher des informations. Le processus de réfléchissement permet de recontacter le moment évoqué sous la forme de représentations telles des réminiscences sensorielles, mentales ou cognitives. Le vécu n'existe que dans un moment spécifié et singulier dans une temporalité du présent. Les techniques d'aide à l'explicitation ont pour objet de permettre au sujet d'atteindre « une position de parole

incarnée » qui sous-entend que le sujet est en relation intime avec le vécu passé lorsqu'il est amené à le verbaliser.

Le terme même de vécu désigne la globalité de la relation du sujet au monde et à lui-même telle qu'il la vit effectivement et l'éprouve dans tous ses aspects. Ce terme est le plus général et le plus neutre pour désigner un moment de la vie d'une personne, sans préjuger de la conscience qu'elle a de ce qu'elle vit, sans présupposer aucune conscience ou niveau de conscience particulier : le sommeil profond est aussi bien un vécu qu'un moment de conscience réfléchi. Ainsi le vécu ne présuppose pas que j'en fasse l'expérience [...] il ne suffit pas d'avoir vécu une situation pour en avoir fait l'expérience (Vermersch, 2014, p.204).

Nous nous référons à la psychophénoménologie, que nous présentons plus loin, en tant que théorie sur laquelle l'explicitation fonde sa validité en termes de résultats de recherche. Un autre enjeu de l'explicitation est le point de vue épistémologique global en première personne. En effet, il ne suffit pas que les sujets-répondants répondent eux-mêmes pour que la méthode de recherche qualitative aspire à ce paradigme. Le point de vue en première personne est défini par « le fait que ce que le sujet dit déploie l'expérience vécue dans ses différences facettes et, inversement, que les différentes facettes qui peuvent être exprimées se rapportent à une expérience effectivement vécue, et donc, par définition, singulière » (Ibid., 2012, p. 66). Dans notre approche, le point de vue du sujet tel qu'il vit et qu'il a vécu les choses est pris en compte. Nous souhaitons recueillir « le point de vue phénoménal : selon ce qui apparaît à celui qui l'a vécu » (Vermersch, 2004, p.36) et nous nous intéressons à toutes les couches du vécu subjectif. Les « couches du vécu » font référence aux formes cognitives, émotionnelles, motrices, motivationnelles, identitaires, spirituelles, et bien d'autres, de chaque vécu.

Avant la présentation des trois types d'entretiens qui ont servi de modalités de recueils de données dans la recherche longitudinale, une description de la psychophénoménologie est proposée. Cette dernière s'inscrit elle-même dans un champ plus large que l'explicitation qui présente un intérêt pour la verbalisation et la réflexivité de l'expérience.

2. La psychophénoménologie

La psychophénoménologie constitue une discipline susceptible de décrire, conceptualiser et modéliser la subjectivité (Vermersch⁴³, 1999, 2012). Par une technique d'aide à la verbalisation appelée l'entretien d'explicitation, elle permet de « porter sur le niveau de ce qui apparaît au sujet, autrement dit au niveau phénoménologique » (Ibid., 1996) des dimensions du vécu subjectif de l'action, qui ne sont pas accessibles immédiatement à la conscience, dans une situation singulière et spécifiée.

La première étape de la prise de conscience est, au sens piagétien, un travail cognitif, « une construction véritable » (Piaget, 1974, p.7) appelée le réfléchissement. Ce travail consiste à passer de l'implicite du vécu de l'action à sa représentation dans une conscience explicite. Cette conscience implicite est aussi appelée pré réfléchi (Husserl, 1950), il correspond en un « remplissement intuitif ». La seconde étape de la prise de conscience est la thématisation qui permet de prendre comme objet de l'activité mentale ce vécu en l'exprimant par un geste, une expression du corps, un dessin ou un ressenti sensoriel non verbal et une verbalisation. La thématisation est alors descriptive en entretien d'explicitation. Cette mise en mots permet d'accéder alors à une conscience réfléchie. Le savoir expérientiel (Vermersch, 1994) découlerait de cette étape de verbalisation. La conscience réfléchie permet alors d'accueillir la réflexion qui se produit par des comparaisons d'expériences, des analyses, des conceptualisations et des raisonnements, émanant de champs théoriques diversifiés. Ce mode de conscience est couramment mobilisé dans les interactions ou bien dans la propre réflexion du sujet sur un objet alors déjà conscientisée. La conscience préréfléchie est mobilisée dans l'action et n'est pas mise en mots par le sujet. L'accompagnement du sujet en explicitation sur la description d'une action spécifiée et passée peut permettre la prise de conscience de l'expérience subjective et son réfléchissement. En somme, le vécu d'une expérience subjective est spontané, alors que sa description et son analyse relève d'une expertise. Les personnes formées à l'auto-explicitation (Vermersch, 2007) réussissent à obtenir des informations sur leur propre vécu subjectif.

La psychophénoménologie se présente ainsi comme un domaine de la psychologie qui a pour but de développer une méthodologie d'accès à l'expérience subjective d'un sujet. Elle permet une étude expérientielle de la subjectivité à partir des vécus de l'action spécifiée, en créant des

⁴³ Psychologue, psychothérapeute et chercheur au CNRS.

catégories descriptives (Vermersch, 1994). Des fenêtres attentionnelles et des modes de temporalisation de l'attention sont alors réalisés (Ibid., 1998).

La psychophénoménologie propose de prendre en compte la description du vécu du sujet, en cherchant à comprendre et à repérer les actes et les conditions de réalisation de ses actes qui président à la production de réponses (Vermersch, 2004, p.37). Elle permet d'éclairer l'action des praticiens et concourt à l'analyse de leurs pratiques professionnelles en mettant au jour des savoirs expérientiels. L'étude du vécu subjectif des débutants infirmiers dans les débuts professionnels par l'utilisation d'une technique de recueil de données comme l'entretien d'explicitation peut relever de cette approche psychophénoménologique.

La technique de recueil de données en recherche par l'entretien d'explicitation est développée dans le chapitre suivant où sont présentés les trois types d'entretiens de cette étude longitudinale.

3. Les différents types d'entretiens

Notre posture psychophénoménologique rend compte de trois modalités d'entretiens dont la spécificité et la triangulation sont utiles dans le recueil de données et l'analyse. L'approche expérientielle, réflexive et en première personne est privilégiée. L'analyse qualitative s'inscrit dans le courant épistémologique de l'approche compréhensive. Les trois types d'entretiens choisis ancrent la recherche dans cette épistémologie qui postule le principe de l'intercompréhension humaine. L'approche compréhensive comporte toujours « un ou plusieurs moments de saisie intuitive, à partir d'un effort d'empathie, des significations dont tous les faits humains et sociaux étudiés sont porteurs » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.40). Les synthèses progressives aboutissent à une synthèse finale qui propose une interprétation en compréhension de l'ensemble étudié. Les fondements de l'approche compréhensive se situent dans « la méthode compréhensive » des faits humains (Droysen, 1950), puis développée par Dilthey, Simmel, Weber et Schutz. De ces conceptions des sciences humaines caractérisées par la recherche de significations, Husserl (1950) propose la théorie de « la philosophie de l'Existence ». Nous y retrouvons les prémices de la phénoménologie qui « se définit comme une volonté de s'en tenir aux phénomènes, seule réalité dont nous disposons, et de les décrire tels qu'ils apparaissent, sans référence à une théorie explicative ou à des causes » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.41). L'époche ou acte de suspension du jugement fondé sur des

connaissances acquises (Husserl, 1950) est au fondement de toute méthode phénoménologique et permet de chercher le sens (et non pas l'explication). Le recours à la description des vécus fait partie de cette attitude phénoménologique. Nous le retrouvons dans les trois phases de recueils de données de la recherche longitudinale.

3.1. L'entretien compréhensif

Dans notre approche compréhensive, l'entretien est dit compréhensif essentiellement par la posture adoptée par l'intervieweur. Il a été privilégié pour la première phase de recueil. Le processus de compréhension se retrouve dans la posture du chercheur lors de l'entretien ainsi que dans l'analyse. La compréhension représente une approche de recherche spécifique en sciences humaines.

La compréhension est « la forme expérientielle particulière selon laquelle la pensée courante s'approprie le monde socioculturel par la connaissance, [et elle] est le résultat d'un apprentissage ou d'une acculturation exactement comme le sens commun expérimente ce qu'on appelle le monde de la nature (Schutz, 1954, cité par Paillé, 2012, p.43).

Ce message reste aujourd'hui à la base des théories compréhensives en sciences humaines en légitimant notamment leur ancrage scientifique.

L'entretien compréhensif se rapproche des techniques des journalistes d'enquête et des ethnologues, tout en présentant une formalisation plus importante. Il vise l'explication de la personne interrogée en vue de la production de théorie. Il est nécessaire d'articuler finement les données et les hypothèses, elles-mêmes enracinées dans les faits. Cette « méthode très spécifique avec une cohérence interne » se base essentiellement sur la position du chercheur. La posture de l'intervieweur est celle que l'autre détient un savoir qu'il n'a pas, elle nécessite un lâcher-prise de la part de l'intervieweur. Cependant, le chercheur ne s'efface pas mais « s'engage activement dans les questions pour provoquer l'engagement de l'enquêté » (Kaufmann, 2014, p. 19). L'idéal est de rompre la hiérarchie dans l'interaction et d'adopter le ton d'une conversation. L'entretien compréhensif peut alors prendre le style d'une conversation en restant vigilant sur le fait que cela n'en est absolument pas une, dans la mesure où l'intervieweur reste intellectuellement organisé autour d'un guide d'entretien. Ce guide est d'ailleurs très peu regardé par l'intervieweur qui garde une attitude où les deux positions des interlocuteurs sont distinctes. La posture de l'entretien compréhensif est donc

subtilement maintenue par un chercheur concentré et attentif à maintenir un cadre méthodologique de recueil de données. L'interaction est travaillée dans le sens où l'intervieweur dans un effort d'empathie démontre son intérêt et sa compréhension de ce qui est livré par l'interviewé. Il lui transmet la valeur des éléments recueillis lors des interactions. La capacité du chercheur de montrer à son interlocuteur la valeur de ses propos enclenche chez ce dernier un engagement à exprimer plus précisément son savoir (Kaufmann, 2014, p. 47).

L'engagement de l'interlocuteur n'est pas systématique mais le chercheur cherche à le provoquer. Somme toute, il développe une posture compréhensive lors de l'entretien, tout en gardant des techniques plus classiques d'entretien. Ainsi, les relances permettent d'approfondir une question et « s'inscrivent dans le déroulement des énoncés de l'interviewé comme des fragments de contenu subordonnés à ce dernier » (Blanchet & Gotman, 2007, p.80). L'intervieweur prend comme support d'interaction le discours de l'interviewé. La construction discursive est effectivement maintenue par ce dernier.

Nous reviendrons précisément sur la mise en œuvre de cette première phase d'entretiens dans le chapitre suivant.

3.2. L'entretien d'explicitation

Les fondements théoriques de l'explicitation sont ceux de la psychophénoménologie. Ses enjeux fondent notre posture épistémologique, notamment l'accès au vécu subjectif dans une situation spécifiée. Une variété d'usages de l'entretien d'explicitation est observée aussi bien dans le champ de la formation que de celui de la recherche. Après avoir présenté les enjeux de l'entretien d'explicitation, nous décrirons les spécificités méthodologiques de l'entretien d'explicitation.

Les enjeux de l'entretien d'explicitation

Ce type d'entretien vise à guider le narrateur dans l'évocation des vécus passés, vers une situation spécifiée et contextualisée, avec des évocations sensorielles, avec un fractionnement assez fin pour ne pas solliciter la mémoire habituelle et la réorganisation du récit. Cette technique vise à informer sur « comment » la personne s'y est pris pour effectuer une tâche particulière et non « pourquoi » elle l'a réalisée. Toutefois, cette technique s'appuyant sur la mémoire du narrateur, la personne qui accompagne en entretien d'explicitation aide l'interviewé à accéder à une forme de mémoire épisodique ou autobiographique par une

démarche qui s'inspire de la théorie de la mémoire concrète ou mémoire involontaire (Vermersch, 1994).

Cette technique de recueil de verbalisation de l'action vécue (Vermersch, 1994, 2010) nécessite un triple cadrage éthique, déontologique et contractuel (Ibid., 2012). Elle peut être utilisée comme un outil de recueil d'informations dans tous les métiers de la relation et de la formation et dans le cadre d'entretiens de recherche. La posture adoptée dans ce type d'entretien veille à respecter autrui dans son propre fonctionnement et dans ses limites. La personne qui mène l'entretien doit rester dans les objectifs et dans les buts qu'elle s'est fixés et sur lesquels ils se sont entendus avec l'interviewé.

L'entretien d'explicitation peut concourir à atteindre plusieurs buts (Vermersch, 1994) : S'informer, aider l'autre à s'auto-informer et former l'autre à s'auto-informer (voir annexe 1 : Repères sur l'entretien d'explicitation, Vermersch, 2014, p.23).

Le vécu des débuts professionnels laisse des traces difficilement observables chez le sujet. Ainsi, il semble nécessaire de recourir à la parole des sujets eux-mêmes. Cette parole subjective est considérée comme pouvant être une source d'informations, guidée et orientée vers la description de l'action. Cette action est singulière et spécifiée, décrite précisément par le sujet, évoquée comme s'il revivait l'action. Cette verbalisation de l'action est guidée par cette technique non inductive, d'aide à la verbalisation. L'entretien d'explicitation s'appuie sur des techniques d'entretien directement influencées des travaux de Carl Rogers (1968) portant sur l'entretien non directif.

Les spécificités méthodologiques de l'entretien d'explicitation

Comme évoqué dans la présentation de l'épistémologie sur laquelle s'ancre la recherche doctorale, l'entretien d'explicitation est une technique d'aide à la verbalisation du vécu subjectif de l'activité (ou de l'action) dans une situation spécifiée grâce à des questions non inductives. Elle se caractérise par un guidage vers l'évocation d'une situation spécifiée et passée. La verbalisation de l'action se heurte à plusieurs difficultés. D'une part, l'action est une connaissance autonome, elle présente une part de savoir-faire implicite et non conscientisée par le sujet. La mise à jour de cette part implicite par une description détaillée du déroulement de l'action est l'objet de l'entretien d'explicitation.

Avec l'entretien d'explicitation : la verbalisation du vécu de l'action va se faire à travers une prise de conscience provoquée d'éléments dont le sujet ne sait pas encore qu'il les connaît et même, croit savoir qu'il ne les connaît pas (Vermersch, 2010, p.75).

D'autre part, la verbalisation de cette action n'est pas naturelle. Le sujet invité à décrire son action produit dans son discours des jugements, des opinions, des commentaires, des généralisations, etc. Le guidage vers la verbalisation de l'action en entretien d'explicitation permet au sujet de sortir de ces automatismes de narration qui font barrage à l'explicitation de l'action. Enfin, cette aide à la verbalisation subjective de l'action s'avère utile, notamment pour la formalisation des pratiques professionnelles, en référence à une technique précise, non naturelle, voire contre-intuitive (Vermersch, 1994).

L'apprentissage spécifique de la technique de recueils de verbalisation subjective de l'action dans une situation spécifiée et passée est nécessaire à sa pratique.

Les domaines de verbalisation

Le vécu peut être découpé en domaines de verbalisation (Vermersch, 2014, p.26) que le sujet est susceptible d'aborder dans sa narration. Globalement, ces domaines peuvent se rapporter à l'émotion, à la sensorialité ou à l'action. Dans l'entretien d'explicitation, l'intervieweur guide le narrateur vers un domaine spécifique de verbalisation, le vécu de l'action passée.

Le repérage des domaines de verbalisation et des deux modalités de verbalisations distinctes est essentiel pour mener le guidage.

La position de parole

La position de parole habituelle est celle où le sujet est tourné vers l'autre dans une intention de communication. Des représentations déjà construites, l'utilisation de formulations généralisantes prédominent dans un discours préconstruit et rationalisé. En opposition, la position de parole incarnée ou position d'évocation est une parole en première personne où le sujet est d'abord tourné vers lui-même. Ce réfléchissement permet l'émergence d'éléments non conscientisés ou pré réfléchis de son expérience. Le sujet est alors en position d'évocation du vécu de la situation. L'entretien d'explicitation rompt avec le mode de verbalisation habituel des personnes, qu'elles soient professionnelles ou en formation. Il induit un ralentissement de la parole et « une posture de disponibilité intérieure permettant au ressouvenir de l'enchaînement des micro-prises d'information et des micro-prises de décision en situation de se frayer un chemin vers la conscience » (Faingold, 2007, p.19).

En complément au repérage des domaines de verbalisation, une grille des informations satellites de l'action guide l'intervieweur dans son accompagnement de l'émergence de verbalisation subjective de l'action passée.

Les informations satellites de l'action

Le sujet qui décrit une situation de sa pratique professionnelle utilise beaucoup de verbalisations relevant de la description du contexte, des buts, des intentions, des objectifs, des savoirs de référence, des commentaires sur l'action, etc. Ce registre de verbalisation, autre que celui de l'action, est nommé les informations satellites de l'action (Vermersch, 1994). Les informations satellites constituent pour la personne un guide d'accompagnement dans l'entretien d'explicitation et une grille d'analyse (voir annexe 2 : Le système des informations satellites de l'action vécue (Vermersch, 2014, p.37) et annexe 3 : Le système des informations satellites de l'action vécue. La logique verticale : les facettes du vécu de l'action (Vermersch, 2014, p.40).

La modélisation TOTE (**Test**/test d'entrée-**Operate**/faire-**Test**/critère de sortie-**Exit**/sortir) porte sur le cycle élémentaire d'une micro-action. Elle est issue de la psychologie cognitive américaine et de la théorie du traitement de l'information (Miller, Galanter, Pribram, 1960) et a été reprise par la Programmation Neuro-linguistique (Dilts, 1980) pour analyser le rapport moyen et but. Ainsi, pour que soit possible le guidage progressif des informations satellites vers l'activité afin d'atteindre la prise de conscience des éléments implicites de l'action, cette modélisation TOTE permet de concevoir une représentation simplifiée de la structure de l'action. A la suite de Vermersch (1994), nous la présentons ci-dessous.

TEST – OPERATION – TEST – EXIT

La structure de l'action se présente comme suit :

(1) PRISE D'INFORMATION – IDENTIFICATION
(2) PRISE DE DECISION – EFFECTUATION

La ligne (1) représente le traitement de l'information à partir d'informations sensorielles par le sujet. L'accompagnement en explicitation va rechercher les prises d'information par des questions du type : *Comment savez-vous que ? A quoi reconnaissez-vous que ? Qu'avez-vous perçu qui vous mène à dire que... ?*

La ligne (2) représente les prises de décisions et les opérations d'effectuation. Les prises de décision vont être recherchées par des questions du type : *Qu'avez-vous fait à ce moment-là ?*

et les opérations d'effectuation par des questions du type : *Et quand vous (reprise des mots), comment faites-vous ? Et quand vous lui dites (ex : prends ton temps), comment lui dites-vous cela ?* La recherche de ces actions se fait dans l'accompagnement d'une fragmentation de l'action. Les relances se font alors sur les verbes d'action.

Ces types d'opérations (prise d'information, identification des modes de traitements, prises de décision et effectuation d'une micro-action) sont utiles dans la pratique professionnelle.

Le primat de la référence à l'action fonde la possibilité d'étudier l'action et au-delà de comprendre le résultat final :

Il permet d'étudier les croyances, les valeurs, les représentations, les connaissances fonctionnelles, les buts réellement poursuivis, l'identité effectivement manifestée. Quel que soit le point, la question que l'on peut se poser est de savoir comment il s'incarne, comment il se manifeste dans la vie, dans les situations (Vermersch, 1998, p.13).

On peut ainsi passer de l'explicitation de l'action au décryptage par le sujet lui-même du sens d'un moment singulier de son vécu.

L'entretien d'explicitation permet « d'aborder la question du décryptage du sens, des valeurs et des enjeux identitaires impliqués dans le processus de formation et dans les pratiques professionnelles » (Faingold, 2011, p.11). Le décryptage de sens (Ibid., 1998) par le sujet lui-même à partir de l'explicitation de l'action porte « sur un moment singulier de son vécu, en particulier quand l'émotion intervient au cours de la mise en mots du déroulement de la situation évoquée » (Ibid., 2011, p. 27).

Les entretiens de décryptage permettent ainsi, par un accompagnement spécifique de l'évocation d'un souvenir, d'aider à la prise de conscience et à la mise en mots des enjeux identitaires, de points clés du parcours de vie. L'exploration par la même personne de moments d'enfance et de moments de pratique professionnelle a notamment permis de mettre en évidence des analogies structurelles identifiables par des récurrences de mots, de thèmes, et surtout de gestes (Faingold, 2011, p.24).

3.3. L'entretien de type explicitation biographique

L'entretien de type explicitation biographique a permis de compléter les données de recherche dans une troisième phase, en cohérence avec la posture épistémologique psychophénoménologique. Ce type d'entretien privilégie une place conséquente à la parole

des sujets. En effet, les personnes qui s'entretiennent avec le chercheur et qui sont d'accord pour dialoguer sont considérées comme des sujets exprimant leur vécu, leurs expériences, leurs points de vue, leurs convictions et « leurs définitions des situations vécues » (Demazière et Dubar, 2004). Dans cette perspective et par la notion de « définition de situation » (Thomas & Znaniecki, 1918), la place accordée à la parole des personnes dans les entretiens de recherche (sociologique, biographique, École de Chicago) est centrale. Les entretiens de recherche notamment de type biographique permettent de découvrir ces « mondes » qu'ils définissent eux-mêmes. Toutefois, le chercheur doit adopter une posture « analytique » a posteriori des entretiens (Demazière et Dubar, 2004, p.7) pour que ces mondes se révèlent à la compréhension. Cette posture analytique permettra de comprendre le sens de ce qui est dit en analysant notamment les mécanismes de production de sens, les oppositions et les corrélations.

De manières différentes et complémentaires, les histoires de vie et l'entretien d'explicitation apportent des informations sur le vécu du sujet. Une des principales distinctions des deux méthodes de recueils de données en recherche se situe autour de l'empan temporel concerné. Les histoires de vie permettent au sujet de produire une narration sur une temporalité longue pouvant aller jusqu'à toute une vie, et de mettre au jour des transformations existentielles sur un cheminement biographique. L'interaction vécue lors de l'entretien favorise chez le sujet-narrateur une réflexivité sur sa vie entière. Les données recueillies peuvent être analysées au regard des notions de mythe personnel, de rituels de respect ou de transgression, etc.

Pour comprendre ces transformations existentielles, la centration sur les moments sources est nécessaire (Lesourd, 2004). L'exploration se fait alors à partir d'un moment-source, sur lequel la focalisation est guidée de plus en plus finement pour atteindre un moment précis, puis s'arrêter sur des micro-moments et des micro-actions associées. Ainsi, l'explicitation biographique (Lesourd, 2004, 2006, 2009) « constitue l'un des métissages possibles des histoires de vie et de l'entretien d'explicitation » (Ibid., 2009, p.159). Cette approche croisée permet l'exploration des vécus notamment lors des transitions de vie ; elle « interroge la production par le sujet de discontinuités transformatrices de l'existence d'un sujet » (Ibid., p.184). La période entre l'école ou formation et la prise de fonction dans une nouvelle professionnalité correspond à une transition de vie et peut faire l'objet de transformations identitaires. La méthode d'entretien propose l'exploration des transformations existentielles par la centration sur les moments-sources du sujet (Ibid., 2009, p.160). Elle montre que les micro-actions et les gestes psychiques coproduisent une action de transformation existentielle.

Nous repérons l'importance de la spécification de l'action, ainsi que la présentification du passé (par la position de l'évocation) propre à l'explicitation. Les focalisations successives sur des micro-actions, puis des sous-micro-actions est un processus qui peut aboutir à l'apparition des gestes psychiques. C'est le *re-vécu* du moment par le guidage en évocation qui désigne spécifiquement le moment comme transformateur.

L'accès à un vécu est singulier, sinon il ne s'agit pas d'un vécu mais d'une classe de vécus [...]. Cette singularité peut s'apprécier en terme temporel : c'est ce moment-là, je l'identifie comme étant effectivement unique dans ma vie. Ce caractère temporel ne suppose pas nécessairement la capacité à le situer sur le calendrier [...]. Ce qui est fondamental c'est la **conscience de l'unicité de ce moment** auquel j'accède (Vermersch, 1996, p.3).

Dans notre recherche, ces moments-sources pourraient être les moments décisifs du choix du métier. Nous avons associé des moments de décryptage de sens inspirés de l'approche du décryptage proposée par N. Faingold (2011) qui :

Visa la prise de conscience par le sujet lui-même des logiques subjectives internes qui peuvent rendre compte de la manière dont il incarne dans sa pratique ce qui fait sens pour lui en termes identitaires, mais aussi la mise en évidence des liens de signifiante entre des temps discontinus de sa biographie (Ibid., 2011, p.30).

La perspective biographique et l'entretien d'explicitation sont ici combinés différemment que dans ceux de Lesourd (2009) notamment. Dans les travaux de Faingold (2001), les continuités de sens à décrypter pour comprendre la construction d'une identité professionnelle sont alors recherchées.

Dans les moments du passé se sont forgées des décisions et enracinées des valeurs qui sont comme la source vive qui s'actualise dans les pratiques. Ceci tend à valider l'hypothèse d'une cohérence psychologique interne à la construction identitaire de chacun (Faingold, 2001, p.43).

Chapitre 2 : Méthodologie et corpus de la recherche

1. Le protocole de recherche

Des infirmiers diplômés d'État français ont été interviewés à trois reprises pendant une année. Cette enquête de type qualitative comprend un **corpus de vingt-quatre entretiens** conduits à trois moments distincts de la transition école-travail :

- La première fois, en toute fin de formation en soins infirmiers alors qu'ils étaient encore dans une posture d'étudiant.
- La seconde fois, quatre à six mois après leur prise de fonction en tant qu'infirmier diplômé d'État.
- La troisième fois, avant la fin de la première année d'exercice professionnel.

Chaque phase d'entretiens (phase 1, phase 2, phase 3) a répondu à des objectifs de recueils de données et à des hypothèses de recherche. Chaque phase a été menée à partir de méthodes qualitatives de recueil différentes (phase 1 : entretiens de type compréhensif (Kaufmann, 2011), phase 2 : entretiens de type explicitation (Vermersch, 1994, 2012), phase 3 : entretiens de type explicitation biographique (Lesourd, 2009 ; Faingold, 2001).

Nous avons pu, successivement, recueillir le ressenti et les représentations des stagiaires infirmiers concernant leur projection professionnelle et leur prise de fonction, des informations sur le vécu de la récente prise de fonction professionnelle, et enfin, des éléments de leur parcours biographique.

Le choix pour une méthode qualitative utilisant trois types d'entretiens différents selon le moment de recueil des informations nous a permis de comprendre le vécu des professionnels concernés et leur point de vue en fonction du développement professionnel en question dans la temporalité de la première année.

Le tableau ci-dessous synthétise les visées de l'entretien. Des éléments y figurant sont davantage développés dans la partie méthodologique de la recherche.

Type d'entretien	Phase de l'étude longitudinale	Visées de l'entretien
Compréhensif	Phase 1 : avant la prise de poste	Recueillir des informations sur la prise de poste Connaître le répondant Préparer le contrat de communication nécessaire à l'entretien d'explicitation
Explicitation	Phase 2 : 4 mois après la prise de poste	Recueillir des informations sur le vécu de l'infirmier débutant sur ses débuts professionnels depuis la prise de fonction Lui permettre de verbaliser le vécu subjectif d'une situation spécifiée dans cette période des débuts
Biographique	Phase 3 : avant la fin de la 1 ^{ère} année d'exercice professionnel	Recueillir des informations sur le vécu de la 1 ^{ère} année Contextualiser la parole des sujets dans un parcours biographique

Tableau 3 : Types et visées des entretiens de recherche.

Une étude longitudinale est organisée sur la première année d'exercice professionnel en trois temps : juste avant d'être diplômé, quatre mois après la prise de fonction infirmier et avant la fin de la première année.

Nous considérons la première année comme la période des débuts professionnels chez l'infirmier. Nous employons la désignation de débutant infirmier pour un infirmier diplômé d'État depuis moins d'un an exerçant dans une structure de soins depuis moins d'une année.

Un débutant désigne un professionnel considéré dans son devenir, dans les étapes temporelles de son développement professionnel. Il est considéré comme étant dans une première phase d'une étape devant durer plus longtemps, ici la première étape de l'insertion et de la carrière professionnelle. Cette période désignée socialement comme les débuts professionnels n'est pas strictement délimitée temporellement. Une année est un repère temporel qui correspond, dans l'évolution professionnelle dans la fonction publique, à l'année dite de stagiarisation avant l'obtention de la titularisation de son poste. Dans ce cas, la période dite de stage est une période probatoire qui permet de vérifier l'aptitude du fonctionnaire à exercer ses fonctions. A la fin de la période de stagiarisation, l'agent est titularisé. Dans la fonction publique hospitalière, la durée de cette période est d'une année pour les infirmiers. Dans les textes réglementaires, la sémantique de stage utilisée pour désigner cette stagiarisation peut porter à confusion dans la mesure où elle peut représenter pour certains à proprement dit un stage (de formation) alors qu'ici nous sommes face à une disposition réglementaire de mise en stage. Le

professionnel est diplômé, remplit son rôle et ses missions, n'est pas encadré, a ses propres responsabilités.

C'est ainsi que nous avons gardé le repère temporel de la première année pour qualifier les débuts professionnels dans notre étude.

Nous considérons que l'infirmier débutant apprend dans l'exercice de son métier, en situation de travail (Bourgeois, 2012). Tout comme les enseignants débutants, la tâche prescrite est aussi complexe que celle des expérimentés alors qu'il est dans une temporalité d'apprentissage de son métier (Saujat, 2002). Nous savons qu'une simple répartition arithmétique des patients à prendre en soins est souvent réalisée entre les infirmiers novices et expérimentés (Savoyant, 2005). C'est le cas également des enseignants qui ont d'emblée la charge d'une classe entière, et chez qui un *genre débutant* survalorisant les activités de cadrage est décrit alors que pour un enseignant expérimenté l'objectif est celui de faire apprendre (Ibid., 2002). Tout ceci nous amène à nous demander s'il existe un *genre débutant* chez les infirmiers.

2. La cohorte d'infirmiers débutants

La cohorte d'infirmiers débutants a été formée à partir d'une promotion d'étudiants infirmiers en fin de troisième année que nous avons contactés par téléphone afin de savoir s'ils seraient d'accord pour réaliser un entretien avec nous dans le cadre d'une recherche en cours sur la professionnalisation des infirmiers. La présentation de l'énoncé de la recherche est formulée de façon suffisamment large pour ne pas influencer les personnes interrogées. A ceux qui l'ont demandé, nous avons précisé que cette recherche était dans le cadre d'une thèse.

La population interrogée venait de vivre l'expérience des entretiens dans le cadre de leur mémoire professionnel de fin d'études, ce qui a certainement influencé la facilité de leur accord sur cette première phase d'entretiens. Nous étions face à des étudiants en fin de parcours de formation infirmière. Ils avaient restitué leur mémoire professionnel de fin d'études et réalisé leur soutenance pour la plupart. La période choisie pour débiter notre étude longitudinale a tenu compte de ces éléments.

Nous avons donc contacté treize étudiants infirmiers d'une autre promotion de la filière infirmière que celle dans laquelle nous remplissions une mission d'ordre pédagogique. Les critères étaient les suivants. Tout d'abord, il nous a semblé important qu'il n'y ait pas de

rapport d'évaluation entre l'étudiant et nous-mêmes. Puis nous avons essayé d'être dans la représentativité de la population, des filles et des garçons, des jeunes et des plus âgés, des personnes natives localement, d'autres de l'Ile de la Réunion, des bacheliers, des reconversions et des promotions professionnelles aides-soignants.

La promotion d'étudiants de laquelle est extrait ce corpus comportait 170 étudiants avec une proportion plus importante de femmes. Nous avons formé une cohorte de départ représentative de cette proportion, elle est composée de 3 hommes et 10 femmes puis de 7 femmes et d'un homme sur la cohorte finale.

Le tableau suivant présente le talon sociologique de la cohorte d'infirmiers débutants en question.

Prénoms des infirmiers	Age	Diplôme	Bac	Profil avant formation	Lieu de travail actuel : spécialité du service	Durée d'exercice professionnel en tant qu'infirmière au moment de la phase 2	Durée d'exercice professionnel en tant qu'infirmière au moment de la phase 3	Durée d'exercice professionnel avant formation
Katie	24	DEI Grade Licence	Bac ST2S	Bachelière	Médecine	4 mois	11 mois	5 mois : bénévole en mission humanitaire
Nicole	29	DEI Grade Licence	Bac ES	Bachelière	Gérontologie	3 mois	11 mois	12 mois : commerciale
Marc	25	DEI Grade Licence	Bac ES	Bachelier	Urgences	3 mois	11 mois	/
Anne	48	DEI Grade Licence	/	DPAS Diplôme d'aide-soignante	Psychiatrie	4 mois	10 mois	21 ans : aide-soignante
Eve	44	DEI Grade Licence	/	DPAS Diplôme d'aide-soignante	Gériatrie	4 mois	10 mois	20 ans : aide-soignante
Marie	35	DEI Grade Licence	/	DPAS Diplôme d'aide-soignante	Psychiatrie	3 mois	8 mois	5 ans : aide-soignante
Alia	48	DEI Grade Licence	Bac S	Niveau 5ème année médecine étranger et DPAS	Gériatrie	3 mois 1/2	11 mois	2 ans : soutien scolaire et aide-soignante
Vivianne	51	DEI Grade Licence	/	DPAS Diplôme d'aide-soignante	Gériatrie	3 mois	11 mois	27 ans : secrétaire puis 1 an aide-soignante

Tableau 4 : Profil de la cohorte des huit infirmiers débutants.

Nous nommons dans la restitution des résultats les huit infirmiers débutants soit par leur prénom fictif ou par IDE suivi d'un chiffre de 1 à 8. IDE correspond à Infirmier Diplômé d'État.

Le tableau suivant présente les correspondances.

IDE 1	Katie
IDE 2	Nicole
IDE 3	Marc
IDE 4	Anne
IDE 5	Ève
IDE 6	Marie
IDE 7	Alia
IDE 8	Vivianne

Tableau 5 : Pseudonymes des infirmiers de la cohorte

3. L'étude longitudinale par entretiens

Trois types d'entretiens ont été mobilisés dans cette recherche de type qualitative. Différents à chaque phase de l'étude longitudinale, les premiers menés à la phase 1 sont des entretiens de type compréhensif (Kaufmann, 2011), les seconds conduits à la phase 2 sont des entretiens de type explicitation (Vermersch, 1994, 2012), et les troisièmes à la phase 3 sont des entretiens de type explicitation biographique (Lesourd, 2009 ; Faingold, 2001).

Nous avons organisé la première phase d'entretiens sur une période courte de 8 jours sur la fin du mois de mai et le début du mois de juin 2014. Nous avons accueilli les étudiants individuellement dans notre bureau de cadre de santé formateur situé à l'institut de formation. Tous sont venus au rendez-vous convenu ensemble.

Nous les avons accueillis en nous intéressant à eux et en les invitant à s'asseoir. Tout en leur demandant leur autorisation d'enregistrer et de prendre quelques notes sur un support qui se trouvait être notre guide d'entretien, nous avons continué à les mettre en confiance. Nous avons évité l'installation en face en face et choisi de réaliser l'entretien assis de trois quarts autour d'une table. Tous ont accepté l'enregistrement. Les entretiens de type compréhensif ont duré en moyenne vingt-cinq minutes. L'ensemble des entretiens a été enregistré et transcrit intégralement. A la fin de l'entretien, nous leur avons demandé l'autorisation de les recontacter quelques mois après leur prise de fonction, une fois diplômé. Tous ont accepté le principe d'être recontacté éventuellement pour un second entretien.

L'ensemble de la cohorte de départ a été diplômé à la fin du mois de juillet, à la première session du diplôme d'état d'infirmier.

Recontactés courant octobre, soit trois mois environ après l'obtention de leur diplôme, la seconde phase d'entretiens a été organisée. Programmés sur la fin du mois de novembre et le début du mois de décembre, cela a permis de mener des entretiens avec des infirmiers qui avaient tous en moyenne trois à quatre mois d'expérience professionnelle depuis leur diplôme. Certains avaient en effet pris un mois ou plus de vacances avant de débiter.

La seconde phase d'entretiens a été menée sur une période de huit jours, dans un bureau à l'institut de formation. Sur les treize répondants de la cohorte de départ que nous avons recontactés, neuf ont répondu et ont accepté un second entretien. Sur les neuf infirmiers interrogés, nous avons écarté une personne de notre cohorte car elle avait choisi de ne pas exercer en tant qu'infirmier et reprendre des études à l'université. L'ensemble des entretiens a été enregistré et transcrit intégralement. Les entretiens ont duré en moyenne trente minutes.

A la fin de la seconde phase d'entretiens, de type explicitation, nous avons de nouveau demandé aux infirmiers l'autorisation de les recontacter pour un troisième entretien avant la fin de la première année d'exercice professionnel en tant qu'infirmier. Les huit infirmiers ont répondu positivement.

Notre protocole de recherche de départ a évolué vers une étude longitudinale comportant une troisième phase située avant la fin de la première année après diplôme. Nous avons réalisé un entretien de type explicitation biographique.

La troisième phase d'entretiens a été réalisée au début du mois de juin, sur une période de quinze jours. Comme convenu avec eux quelques mois auparavant, nous les avons recontactés par mail puis par téléphone pour programmer un entretien de type biographique. Nous ne leur avons pas décrit le type d'entretien que nous souhaitions mener mais précisé que nous souhaitions évoquer avec eux leurs débuts professionnels. Nous les avons organisés en dehors d'un lieu connoté de la formation et de l'exercice professionnel, c'est-à-dire en dehors de l'institut ou de l'hôpital ou de toute autre structure de soins. Quatre infirmiers m'ont accueilli à leur domicile, deux infirmiers dans un parc, une infirmière dans un restaurant. Seul un entretien a été réalisé dans la salle de détente du lieu de travail d'une infirmière. L'ensemble des entretiens a été enregistré et transcrit intégralement. La durée des entretiens a été de 19 à 51 minutes.

Première phase : recueil de données de recherche par des entretiens compréhensifs

Ces entretiens compréhensifs dans la première phase ont servi d'entretiens préparatoires aux entretiens d'explicitation de la phase 2.

Nous avons souhaité par cette posture d'entretien compréhensive sortir de la représentation que pourraient avoir les étudiants d'un entretien où l'enjeu serait l'évaluation.

L'entretien réalisé dans cette première phase s'appuie sur un guide d'entretien composé de cinq questions principales et des questions de relance. C'est un type d'entretien de recherche qui pourrait s'apparenter à un entretien semi-directif au regard du guide construit par le chercheur, mais qui s'avère être plutôt un entretien de type compréhensif (Kaufman, 2011) étant donné la posture que nous avons choisie d'adopter pour le mener. Cette posture compréhensive qui caractérise notre approche psychophénoménologique se retrouve déjà dans ces premiers entretiens et ce, dans la manière d'être, de mettre en place une relation de confiance, dans le choix de mots et dans l'accompagnement de la parole de la personne plutôt que dans une recherche d'informations. Cette posture, celle du chercheur, est bien une posture travaillée dans le sens qu'elle fait oublier à l'étudiant le rapport d'évaluation que pourrait connoter ce type d'entretien par rapport à ce qu'il a connu pendant ses études lors des entretiens de retour de stage, de suivi pédagogique, de suivi de mémoire, d'évaluation théorique, etc.

Trois temps structurent l'entretien. Le premier temps permet de mettre en place le contrat de communication et d'instaurer un climat et une relation de confiance. Le second temps est le cœur de l'entretien en termes de recueil d'informations sur leurs représentations de leur intégration dans un service de soins en tant qu'infirmier, sur leur conception de la collaboration interdisciplinaire (donc de leur place en tant qu'infirmier dans une équipe), sur leur vécu de stage (influence du vécu de stage). Enfin, le troisième temps de l'entretien les invite à nous parler sur leur ressenti actuel quelques semaines avant leur prise de poste. Ce dernier temps clôt l'entretien et permet au stagiaire d'exprimer un sentiment contemporain à cette période de fin de formation. Il peut permettre de se libérer, par cette proposition d'en parler, de tensions intra- ou inter-subjectives ou d'un autre sentiment.

Le choix à proprement dit de réaliser ce type d'entretien dans une première phase a répondu à deux besoins, celui de recueillir des informations sur les représentations professionnelles, sur la prise de fonction infirmière, mais aussi de remplir l'objectif d'entretien préparatoire à l'entretien d'explicitation qui allait se dérouler quelques mois plus tard. Il a également permis de connaître les personnes interrogées dans leur fonctionnement global et au regard de leur vécu en tant qu'étudiant. Cela nous a permis de nous connaître davantage dans une relation symétrique de chercheur à répondant. Notre posture compréhensive a apporté une aide dans la

mesure où elle a permis de transmettre l'importance du statut de la parole de la personne interrogée ; elle a valorisé l'autre dans sa position d'enquêteur.

Nous présentons ci-dessous le guide d'entretien de la première phase de l'étude longitudinale. Les transcriptions des entretiens compréhensifs (nommés EpE, pour entretiens préparatoires à l'explicitation) sont consultables en annexe 4.

Guide des entretiens compréhensifs :

1. Pouvez- vous me dire comment vous envisagez votre intégration dans un service de soins en tant qu'infirmier ?
Relances possibles :
 - Quelle est l'image que vous vous faites de vous lors de votre prise de poste ?
 - Comment imaginez-vous votre place dans une équipe ?
2. Comment voyez-vous votre collaboration dans un service ?
Relances possibles :
 - Par rapport à l'équipe de soins
 - Par rapport à l'équipe pluridisciplinaire
 - Par rapport aux patients
 - Par rapport aux familles des patients
 - Par rapport à l'encadrement
3. Est-ce que quelque chose en lien avec votre future intégration dans un service vous pose question ?
Relances possibles :
 - Si oui, pourriez-vous m'en dire plus ?
 - Est-ce que cela est générateur de stress pour vous ?
4. Pouvez-vous me parler de ce qui s'est passé pour vous pendant les périodes de stage ?
Relances possibles :
 - Qu'avez-vous fait en stage ?
 - Comment avez-vous vécu vos stages ?
 - Quelles questions vous êtes-vous posées par rapport à vous ?
5. Comment vous sentez vous aujourd'hui en fin de formation quelques semaines avant votre prise de poste en tant qu'infirmier ?

A la question 1, le chercheur vise à explorer les représentations des étudiants pré-diplômés sur leur intégration professionnelle en tant qu'infirmier. Cette question s'intéresse à la perception du soi professionnel et de la place dans une équipe.

A la question 2, le chercheur vise à recueillir les représentations des étudiants pré-diplômés sur le collectif de travail et ainsi réunir des informations complémentaires sur les représentations de leur place professionnelle en tant qu'infirmier dans une équipe de soins.

Les questions de relance permettent de guider l'étudiant pré-diplômé vers l'expression de sa propre perception de la collaboration.

A la question 3, le chercheur vise à connaître les sentiments qu'animent les étudiants pré-diplômés à propos de leur prochaine prise de poste en tant qu'infirmier. Il explore alors la perception du soi professionnel.

A la question 4, le chercheur vise à recueillir la perception du vécu des stages pendant la formation en soins infirmiers. Il explore ainsi le vécu des stages professionnels avant que l'étudiant pré-diplômé prenne ses fonctions infirmières.

A la question 5, le chercheur vise à connaître le ressenti des étudiants pré-diplômés en cette période de fin de formation, avant leur prise de poste en tant qu'infirmier.

L'ensemble des questions vise globalement à recueillir des données sur les représentations du futur diplômé concernant le collectif de travail, l'intégration professionnelle et ses attentes, le soi professionnel, la prise de fonction, dans cette phase de transition professionnelle (école/travail). Le vécu des stages pendant la formation infirmière est également recueilli lors de l'entretien compréhensif.

Seconde phase : recueil de données de recherche par des entretiens d'explicitation

Dans la seconde étape de notre étude longitudinale, l'entretien d'explicitation a été l'outil privilégié de recueil d'informations sur le vécu de l'infirmier débutant au sujet de ses débuts professionnels depuis la prise de fonction. Nous cherchons à comprendre et à saisir la professionnalité du débutant après une première période de travail en tant qu'infirmier. Nous souhaitons décrire des éléments du développement professionnel qui semblent caractériser cette période d'adaptation à une nouvelle situation en tant que sujet professionnel en voie de développement professionnel.

L'entretien d'explicitation, en tant qu'outil permettant de recueillir le vécu subjectif dans une situation spécifiée, nous semble pertinent pour répondre à nos objectifs de recherche (et à nos hypothèses).

La rigueur de la conduite de l'entretien en termes de posture confère à la technique un intérêt de recueil d'informations en recherche, notamment dans notre champ de recherche, en sciences humaines. La validité des informations recueillies dépend du mode de recueil et du cadre interprétatif que le chercheur choisit. Ainsi, les données de verbalisation seront considérées dans notre recherche comme du matériau valide, car recueillies et accompagnées dans leur évocation de manière avertie (parcours de formation certifiée à l'entretien

d'explicitation⁴⁴). Nous souhaitons renforcer leur validité par leurs mises en relation avec d'autres paroles des personnes issues des deux autres étapes de l'étude, par les entretiens compréhensifs (étape 1) et les entretiens de type explicitation biographique (étape 3).

Nous ciblons comment le sujet a vécu la situation professionnelle qu'il choisit de décrire et qu'il se remémore lorsqu'il est invité à parler de ses débuts professionnels. Le fait même qu'il choisisse cette situation, et pas une autre, relève d'une signification souvent encore inconsciente au moment même de l'entretien.

« Le choix par le sujet lui-même des moments qui vont être explorés est un élément décisif : le choix est porteur d'un sens dont l'inconscient du sujet détient seul la clé » (Faingold, 2011, p.27).

« L'hypothèse étant que le sujet est seul à savoir ce qui fait qu'il est important pour lui d'aller vers l'élucidation de ce qui s'est joué pour lui dans ce moment-là » (Faingold, 2011).

En invitant l'interlocuteur à nous parler d'un moment d'activité professionnelle qui s'est bien passé, nous choisissons d'orienter l'infirmier débutant vers le choix d'une situation a priori positive. Dans la lignée de Vermersch et de Faingold, l'évocation d'une situation positive nous a semblé favorable au regard de notre posture de chercheur. Nous choisissons de préciser à l'interlocuteur de choisir une situation où il s'est senti infirmier et introduisons dans notre consigne volontairement le sentiment d'être infirmier (ière). Ce guidage semble rejoindre notre cadrage théorique du sentiment identitaire, qui pourtant, n'est apparu que bien plus tard dans le cheminement de notre recherche.

Nous présentons ci-dessous les consignes de départ des entretiens d'explicitation de la deuxième phase de l'étude. Les transcriptions des entretiens d'explicitation sont consultables en annexe 5.

Consignes de départ des entretiens d'explicitation :

La consigne inaugurale a été la suivante :

« Aujourd'hui, j'aimerais (je vous invite à) que vous me parliez de **vos débuts professionnels** lors de votre prise de poste. » « Je vous **propose, si vous en êtes d'accord, de laisser revenir un moment ...** ».

Nuance de la consigne de départ pour l'ancien aide-soignant :

« Aujourd'hui, j'aimerais que vous me parliez **de votre activité professionnelle** depuis votre **nouvelle** prise de poste il y a environ trois mois »

Second temps dans l'entretien d'explicitation :

⁴⁴ Certification GREX Groupe de recherche sur l'explicitation.

« Je vous propose maintenant de me parler d'un moment d'activité professionnelle où vous vous êtes senti(e) infirmier (-ière) ».

« Je vous **propose, si vous en êtes d'accord, de laisser revenir un moment ...** ». (Utilisation de la formulation proposée par Vermersch).

Par l'invitation à notre interlocuteur de parler librement de son activité professionnelle dans ses débuts professionnels, nous l'amenons à une remémoration qui prend la forme d'une narration sur un mode habituel. Ce premier récit permet de préparer notre interlocuteur à progressivement être guidé sur une tranche temporelle d'un moment d'activité spécifié.

« Un temps d'explicitation de l'activité commence généralement par un récit qui nécessite une écoute attentive de la part de l'accompagnateur » (Faingold, 2011, p.111-119). Ainsi ce temps d'un premier récit prépare l'interlocuteur à verbaliser des situations explicitées. La verbalisation de la situation plonge le sujet dans la temporalité du moment, par un récit narratif et non déclaratif « susceptible de soutenir le processus de subjectivation qui passe par une resignification de l'expérience individuelle et partagée » (Giust-Desprairies, 2012, p.47).

Phase 3 : recueils de données de recherche par des entretiens de type explicitation biographique

Nous avons trouvé intéressant d'associer la technique de l'entretien d'explicitation (Vermersch, 1994) et les histoires de vie en formation (Pineau, 1984) nous inspirant de la méthode des entretiens d'explicitation biographique (Lesourd, 2004) et des entretiens de décryptage (Faingold, 2001, 2005).

Le choix porté sur la réalisation d'entretiens de type biographique chronologiquement à la fin de notre étude longitudinale permet de recontextualiser la parole des personnes dans un parcours biographique. Dans la conduite de l'entretien, nous avons utilisé une première partie de consigne suffisamment large pour que les infirmiers débutants puissent être libres de parler d'éléments significatifs pour eux de leur vie personnelle, professionnelle, familiale.... Cette consigne 1 a pris la forme suivante : « *Aujourd'hui, je vais vous laisser me parler de vous* ».

La seconde partie de la consigne 1 « *J'aimerais comprendre ce qui vous a amené à choisir le métier d'infirmier* » les a guidés vers le choix du métier d'infirmier. Une orientation attentionnelle du sujet est ainsi proposée aux répondants. Les invitant à revenir sur ce choix du métier, nous leur permettons de parler de leur vécu, de rencontres, d'expériences, de sentiments, de leur entourage, de leur scolarité... Une prise de conscience de moments à l'origine de leur orientation et de leur choix professionnel peut se produire lors de l'entretien. Nous recueillons alors le récit chronologique de leur parcours.

Notre posture de chercheur est non directive, dans l'écoute active, et aussi dans l'observation des attitudes lors du récit.

A la fin de l'entretien, nous avons choisi de leur demander à tous comment ils se situaient à la fin de cette première année d'exercice professionnel tant qu'infirmier (consigne 2). La sémantique choisie « se situer » permet de ne pas influencer la personne vers un ressenti positif ou négatif. Nous leur permettons à ce moment-là d'exprimer ce qu'ils ont vécu pendant cette année et éventuellement, d'exprimer un sentiment d'être (infirmier). Ces mêmes éléments ont parfois été recueillis lors de la phase 2 lors des entretiens d'explicitation. Notre démarche ici est de leur permettre de revisiter certains sentiments exprimés en fonction d'une temporalité différente (entre la phase 2 et 3 de l'étude). L'évolution des sentiments ainsi que l'auto-analyse du vécu peuvent se manifester à ce moment-là. Dans tous les cas, un espace de verbalisation est proposé et rend possible cette rétrospective.

Nous avons mené ces entretiens auprès de sujets qui étaient en confiance et qui ont pu livrer leur monde c'est-à-dire leur manière de voir le monde. Dans la conduite de l'entretien, nous avons utilisé des relances rejoignant la technique d'explicitation sur des moments spécifiques de leur parcours biographique, notamment quand il s'agissait des moments sources. Par l'exploration des transformations existentielles par les moments sources du sujet (Lesourd, 2009, p.160), nous avons repéré les moments décisifs du choix du métier. La méthode utilisée a permis d'associer des moments de décryptage du sens (Faingold, 2005) qui ont donné au sujet l'opportunité de revisiter le passé et de faire un zoom sur le *moment du moment*. Son exploration donne la possibilité d'identifier les graines de sens de ce moment du moment dans la tranche de vécu explorée (Ibid.,2011, p.27).

Nous présentons ci-dessous les consignes de départ des entretiens de type explicitation biographique de la troisième phase de l'étude. Les transcriptions des entretiens d'explicitation biographique sont consultables en annexe 6.

Consignes de départ des entretiens de type explicitation biographique :

Consigne 1 inaugurale :

« Aujourd'hui, je vais vous laisser me parler de vous. J'aimerais comprendre ce qui vous a amené à choisir le métier d'infirmier ».

Consigne 2 après un premier récit biographique :

« Comment est-ce que vous vous situez aujourd'hui, après presque une année en tant qu'infirmière ? »

La partie suivante présente la procédure de traitement des données et les grilles d'analyse.

4. La méthodologie d'analyse du corpus de recherche

De l'étude des représentations sur la première prise de fonction infirmière au décryptage du vécu subjectif de situations signifiantes des débuts par le sujet, réinterrogé au regard de sa biographie et de son choix du métier.

4.1. La procédure de traitement des données

Comme annoncé précédemment, nous nous sommes appuyés sur une méthode d'analyse de contenu thématique (Bardin, 1997).

L'analyse de contenu apparaît comme un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description de contenu des messages. Le but de l'analyse de contenu est l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production (ou éventuellement de réception), à l'aide d'indicateurs (quantitatifs ou non) (Bardin, 1997, p. 42).

Cette technique d'analyse permet d'exploiter le matériau de recherche recueilli au moyen des trois techniques d'entretiens choisies et de la conduite de ces entretiens. Notre posture de chercheur accompagnateur de la parole du sujet-répondant a l'ambition de produire des données de verbalisation recevables en tant que produits de recherche collectées rigoureusement et éthiquement. Ces conditions de production sont au cœur de notre posture épistémologique psychophénoménologique. Notre posture d'analyste est largement empreinte du courant psychophénoménologique pour le travail d'émergence des données (Vermersch, 2009).

4.2. Les étapes de traitements des données

Nous avons recueilli des données de recherche au regard de trois types d'entretiens. Un corpus de vingt-quatre entretiens a été constitué.

Le traitement des données a consisté en plusieurs étapes.

Une transcription intégrale des huit entretiens à chaque phase de l'étude a été réalisée. Les conventions de transcription ont été les suivantes : *Pause de durée variable* [.] [..] [...], *Rires* : [**], *Allongements vocaliques* [:], *Chevauchements* : souligné, *Troncation* : [-], *Segments accentués* : MAJUSCULES, *Intonation montante* [/], *Intonation descendante* [\], *Forme interrogatives* : [?], *Passages inaudibles* : XXX, *Passages incertains* [incertain], *Signes non verbaux* [[commentaire]]. Ces transcriptions ont été faites immédiatement après chaque phase de recueils de données de recherche, avant de débiter la phase suivante. La première étape d'analyse a consisté en une lecture approfondie et multiple des transcriptions.

L'exploitation du matériau de recherche (ou corpus) se construit autour d'une grille d'analyse catégorielle mettant à jour les circonstances, les ressemblances et les régularités (Bardin, 1997, p.96). Cette méthode d'analyse a été complétée par une « technique de déchiffrement, et de défrichage, entretien par entretien » (Ibid., p.96). Le déchiffrement structurel est un niveau d'analyse réalisé pour chaque entretien, c'est-à-dire pour chaque personne interrogée et dont le discours est recueilli dans sa singularité. L'écoute répétée des enregistrements des entretiens et la lecture des transcriptions nous ont permis de nous immerger dans le monde subjectif d'autrui, et d'avoir une attitude empathique. Ces deux attitudes face au matériau de recherche, c'est-à-dire aussi bien tirer des régularités et des ressemblances et approcher la parole de chaque personne comme une singularité ont été significatives de notre travail d'analyste à cette étape.

Ainsi, une thématisation a été réalisée dès la première phase de l'étude. Elle a été complétée lors du recueil de données de la deuxième et de la troisième phase de l'étude longitudinale.

Nous avons construit un tableau d'analyse à quatre entrées thématiques (le collectif de travail, le professionnel dans le collectif de travail, l'intégration professionnelle et les stages de formation) au regard desquelles nous avons situé certains verbatim des répondants. Nous avons réalisé le codage des données brutes des entretiens par un surlignage systématique des verbatim. Les extraits de verbatim ont été intégrés à un tableau Excel répertoriant les catégories d'analyse, et ce pour chaque répondant. Cette démarche a été réalisée successivement pour les huit répondants lors de la phase 1. Les catégories d'analyse se sont construites au fur et à mesure de ce travail. Le tableau d'analyse a été développé par des entrées temporelles (premier temps / deuxième temps / troisième temps) au regard du caractère longitudinal de l'étude et par des nouvelles catégories émergentes des phases 2 et 3 de l'étude.

Le tableau d'analyse regroupant les trois phases a pris la forme d'un tableau à huit entrées thématiques et douze catégories. Ce tableau est central dans notre méthode de traitement des données (voir annexes 7 à 14 : tableaux d'analyse des catégories : IDE 1 à 8).

Les catégories de la phase 1 de l'étude sont les suivantes :

Les représentations du futur diplômé du collectif de travail et de son intégration professionnelle (attentes)
Les représentations du futur diplômé du soi professionnel
Les représentations du futur diplômé de sa prise de fonction, et de la phase de transition professionnelle (école/travail)
Le vécu des stages pendant la formation infirmière

Tableau 6 : Catégories de la phase 1 de l'étude.

Ces catégories d'analyse se sont enrichies progressivement au regard des deux autres phases de recueil de données.

Les catégories complémentaires apparues lors de la phase 2 de l'étude sont celles de la reconnaissance professionnelle et les sept composants du sentiment identitaire. Les thèmes sont la reconnaissance de soi par autrui (patient, équipe), la reconnaissance de soi par soi et le sentiment verbalisé d'être infirmier.

En effet, par la deuxième vague d'entretiens réalisée dans les six mois, deux thèmes émergent des entretiens et complètent l'analyse de contenu thématique. Il s'agit des **débuts professionnels de l'infirmier** et de la **description d'une situation professionnelle jugée significative des débuts professionnels par le soignant interviewé**. Ils permettent de préciser les représentations des étudiants infirmiers concernant les débuts professionnels et leur intégration dans un lieu de soins, ainsi que les significations qu'ils donnent aux situations professionnelles une fois diplômés.

Lors de la phase 2 de l'étude, un processus itératif a caractérisé notre travail d'analyste utilisant de façon complémentaire le tableau des catégories d'analyse et les codages des

transcriptions des entretiens. Ce processus s'est également complété par des écoutes répétées de l'enregistrement des entretiens. La forme discursive des entretiens, avec une prise en considération des rythmes, des tonalités, des silences, des accentuations sont des éléments pris en compte dans l'analyse. Ces éléments font partie des conventions de transcriptions présentées plus haut. A partir de la phase 2 de l'étude, la forme discursive des entretiens a pris plus d'importance dans l'analyse, et ce lors de l'émergence du sentiment identitaire comme catégorie d'analyse. Notre posture d'analyste s'est largement appuyée sur une approche psychophénoménologique pour le travail d'émergence des données (Vermersch, 2009). Le travail de reprises réitérées des données s'est inspiré du modèle de la sémiose décrit par Vermersch. « La sémiose naît de la distinction et de la mise en relation entre un « objet », une chose à laquelle on peut se référer, donc un « référent » et son « représentant », pour un sujet » (Ibid., p.25). Dans la phase des traitements des données de recherche, les étapes peuvent paraître répétitives, cependant « chaque nouvelle étape est une reprise qui n'est devenue possible que par la constitution au préalable d'un nouveau représentant » (Ibid., p.36).

La sémiotisation des données et l'appui conceptuel du sentiment identitaire développé par Erikson (1968), Allport (1970) et Tap (1988) ont permis de retenir sept sous-catégories du sentiment identitaire. Le sentiment identitaire repose sur un ensemble de sentiments et de processus d'intégration des valeurs et d'identification qui s'organisent autour de la volonté d'existence et d'un projet identitaire. Comme proposé par Erikson (1968), nous considérons l'identité du sujet comme son sentiment identitaire. Les sentiments et les processus en jeu s'appuient alors sur le sentiment subjectif d'unité personnelle, le sentiment de continuité temporelle, le sentiment de participation affective, le sentiment de différence, le sentiment de confiance ontologique, le sentiment d'autonomie, le sentiment de self-control, et les processus d'intégration de valeurs et d'identification (Ibid., 1968).

La conceptualisation du sentiment identitaire est entrée en « résonance » avec le matériau de recherche dans la phase 2. Nous avons construit la catégorie d'analyse du sentiment identitaire professionnel chez le débutant infirmier, décomposée en sept analyseurs (cohérence, unité singulière, appartenance, différence, valeur personnelle, autonomie et confiance).

Les catégories complémentaires apparues lors de la phase 3 de l'étude sont celles des valeurs avec le thème du choix professionnel.

En synthèse, les catégories d'analyse de la seconde phase et de la troisième phase de l'étude sont les suivantes :

Thèmes	Catégories d'analyse
Le choix professionnel	Valeurs
La reconnaissance de soi par autrui significatif (patient, équipe) La reconnaissance de soi par soi Les acteurs de la reconnaissance	Reconnaissance professionnelle
Les sentiments constitutifs du sentiment identitaire professionnel	Cohérence Unité singulière Appartenance Valeur personnelle Différence Autonomie Confiance

Tableau 7 : Grille d'analyse intermédiaire de la phase 2 et 3.

L'ensemble des verbatim des entretiens de la phase 2 et 3 a été soumis à ces catégories d'analyse.

De ce premier traitement des données, un repérage des verbatim signifiants du sentiment identitaire a été réalisé. Nous avons également ciblé le choix du moment signifiant pour le sujet du sentiment d'être infirmier.

Par ailleurs, la grille d'analyse intermédiaire nous a permis de confronter les catégories d'analyses au matériau recueilli en phase 2 et 3. Toujours dans un processus itératif d'analyse, au prisme de la reconnaissance et du sentiment identitaire, nous avons recodé dans un second temps les entretiens de la phase 1. Ceci nous a permis de mettre au jour des éléments, déjà présents chez les sujets avant d'être diplômé, sur la reconnaissance et le sentiment identitaire.

Enfin, notre grille d'analyse pour les phases 2 et 3 a été modifiée afin d'être opérationnelle au regard de la problématique.

4.3. Les grilles d'analyse opérationnelles

Catégories d'analyse		Indicateurs
Composantes professionnelles	Reconnaissance professionnelle	Indices de reconnaissance professionnelle Les acteurs de la reconnaissance professionnelle : - Les acteurs mandatés par l'institution - Les acteurs non mandatés par l'institution - Le sujet lui-même
	Valeurs professionnelles	Indices de valeurs professionnelles Exemples : Valeurs humanistes Bienveillance Bientraitance Le sens des actions
	Savoir-faire/ compétences	Indices de savoir-faire professionnel Exemples : Savoirs d'action Prise de décision
Composants du sentiment identitaire	<u>Sentiment identitaire professionnel</u>	Cohérence Unité singulière Appartenance Différence Valeur personnelle Autonomie Confiance

Tableau 8 : Catégories des phases 2 et 3 de l'étude.

Ces analyseurs sont valides pour l'analyse des entretiens de la phase 2 et 3 de l'étude longitudinale.

Le tableau suivant est notre **outil d'analyse** utilisé dans la reprise globale de l'ensemble du corpus des entretiens. Lors de la nouvelle phase de traitement des données, nous avons repris l'ensemble des entretiens des trois phases de l'étude pour le coder de nouveau, à la lumière des catégories retenues.

CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES	COMPOSANTES PROFESSIONNELLES			SENTIMENT IDENTITAIRE composé d'un ensemble de sentiments / Façonnement global du SI						
	RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE	VALEURS	SAVOIR-FAIRE	COHÉRENCE	UNITÉ SINGULIÈRE	APPARTENANCE	DIFFERENCE	VALEUR PERSONNELLE	AUTONOMIE	CONFIANCE
COMMENTAIRES	Reconnaissance de soi par soi, par autrui significatif	Humanisme /versant axiologique de l'identité	Compétences pratiques.	Interne du sujet "se faisant soi" /par rapport à un projet de soi	Ce qui fait que ce sujet est unique	A une équipe de travail/ à un groupe social	Permet de renforcer le sentiment identitaire	Estime de soi (rapport que nous établissons entre nos réussites et nos prétentions, James, 1946)	C'est l'autre versant du sentiment d'appartenance/ autonomie par rapport au groupe	Capacité de confiance en autrui et en soi-même
	AUTRUI	UNIVERSEL	PARTICULIER	SOI/PERSONNEL/centré sur le sujet /INTRINSEQUE/SINGULIER						
DÉFINITIONS	La reconnaissance professionnelle est "un processus global qui intègre une dimension évaluative de l'activité effectivement mise en œuvre, une dimension de valorisation et de légitimation de l'acteur au travail" (Jorro, 2007).	Les valeurs sont associées à des notions positives, les valeurs sont partagées. Elles se repèrent à l'occasion de choix qui traduisent un jugement des acteurs, des structures et des institutions, sur ce qui est préférable et désirable (Houssaye, 1992). Croyances en l'homme. D'après Schwartz S.H (2006), sur la théorie des valeurs, elles sont : 1. Bienveillance 2. Universalisme 3. Autonomie 4. Sécurité 5. Conformité 6. Hédonisme 7. Réussite 8. Tradition 9. Stimulation 10. Pouvoir .	Habiletés à faire réussir ce qu'on entreprend (Académie, 8ème Ed.). S'acquiert par l'expérience et l'apprentissage. Habiletés pratiques ou intellectuelles	Besoin de cohérence interne du système psychique ou culturel de l'individu ou du groupe C'est la cohérence de la personnalité du sujet d'un point de vue individuel .	Impression d'une certaine unité, c'est la structure cognitive. Elle s'est constituée progressivement dans le psychisme à travers les expériences affectives, relationnelles, intellectuelles. Elle oriente les choix, les perceptions, les conduites...et permet d'assurer la cohérence globale du sujet.	Individuel : le Moi (Mead), et le sentiment de participation affective (Erikson)	Le sentiment de différence permet la conscience de son identité . Il retentit sur le sentiment d'existence Fonde aussi l'identité groupale et culturelle	Le sentiment de valeur personnelle témoigne d'une conscience de soi socialisée. Il reflète la trace des affects socialisés au nom des valeurs culturelles et des sensibilités contemporaines (Vanandurel, 1991). Avoir de la valeur pour quelqu'un d'autre socialement signifiant et digne d'intérêt Ce sentiment de valeur crée l'estime de soi.	Le sentiment d'autonomie fonde la possibilité de pensées, de décisions, et d'actes personnels et professionnels.	Sentiment de confiance acquis dans la relation à autrui. C'est une capacité de confiance en autrui, liée à la capacité de participation et par là au sentiment d'appartenance (confiance fondamentale acquise par la stabilité et la profondeur de la relation primitive à la mère (Erikson). Sentiment social ou aptitude à participer à la vie collective.

Tableau 9 : Analyseurs phase 2 et 3 des entretiens (partie 1).

CATÉGORIES CONCEPTUALISANTES	COMPOSANTES PROFESSIONNELLES			SENTIMENT IDENTITAIRE composé d'un ensemble de sentiments / Façonnement global du SI						
	RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE	VALEURS	SAVOIR-FAIRE	COHÉRENCE	UNITÉ SINGULIÈRE	APPARTENANCE	DIFFÉRENCE	VALEUR PERSONNELLE	AUTONOMIE	CONFIANCE
INDICATEURS	Référence aux autres significatifs (environnement direct, les pairs, infirmiers, équipe, médecin, ou sphère familiale et personnelle, couple, enfants, parents); Reconnaissance de soi par soi.	Les valeurs peuvent être inférées à partir des opinions, attitudes et comportements. se repérer dans la relation aux patients et aux collègues. Exemples : valeurs humanistes, bienveillance, bienveillance, sens des actions professionnelles. Les valeurs d'un sujet sont incarnées dans sa pratique professionnelle. Elles seraient au fondement des identités professionnelles (Faingold, 2001, 2016).	Peut se repérer dans la pratique professionnelle et dans la réflexivité du professionnel sur sa pratique.	Peut se repérer dans les efforts d'ajustement du sujet ou du groupe Un leader ou un intellectuel explique par ex les nouvelles valeurs, la continuité des positions et du système de pensée du groupe. peut faire référence à des éléments de sa construction individuelle (personnalité) qui montre leur bien être psychique	Les choix et les motivations personnelles qui l'ont amené à devenir professionnel	Groupal : esprit de groupe, sentiment de solidarité. Peut se repérer dans la place accordée dans l'équipe de travail,	Le sujet se voit différent par rapport au groupe professionnel ou par rapport à l'ancienneté dans la profession. La différence se voit dans l'altérité, dans la relation à autrui.	indique la qualité d'une personne qui est l'objet d'une appréciation. Etre quelqu'un pour qqun d'autre Peut se repérer dans le regard d'autrui sur soi et le jugement porté par ce regard Dans les processus défensifs -- Constitue l'estime de soi	Pensées, décisions et actes personnels Exercer ses propres potentialités prendre des décisions, réaliser des actes personnellement, seul, partager et argumenter ses décisions, en conséquence permet de s'affirmer professionnellement. faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement. autonomie intellectuelle, morale, l'autonomie de la pensée, de la raison, de la volonté; affirmer son autonomie (Déf. CNRTL)	Se repère dans la relation à autrui; relation de personne à personne : croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle...d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence (Déf. CNRTL).

Tableau 10 : Analyseurs phase 2 et 3 des entretiens (partie 2).

4.4. La constitution des récits phénoménologiques

La dernière étape de traitements des données a consisté en un examen phénoménologique des données qui consiste en :

Un exercice combiné de lecture, d'annotation et de reconstitution [...] procéder à un examen attentif des données avec l'attitude qui est celle de la phénoménologie et qui consiste, d'une part, à mettre le plus possible entre parenthèses (réduction phénoménologique) les interprétations a priori du phénomène, d'autre part, à se situer strictement au niveau de ce qui se présente, tel qu'il se présente (Paillé, 2012, p. 145).

Cette étape consiste en une immersion phénoménologique du chercheur dans le matériau de recherche, malgré une réelle familiarité déjà acquise avec les données.

Dans notre approche psychophénoménologique, nous avons choisi de produire des récits phénoménologiques à partir du matériau de la seconde phase d'entretiens de type explicitation et de la troisième phase d'entretiens de type biographique. La mise en abîme de la parole recueillie auprès des huit infirmiers nous a paru essentielle à cette étape d'analyse.

Nous avons consacré une journée complète de travail (environ huit à neuf heures) par répondant. Le matériau est celui des transcriptions des entretiens de la phase 1 et 2 (entretiens d'explicitation et d'explicitation biographique) et les enregistrements, soit un total de deux entretiens et deux enregistrements par répondant. Tout d'abord, nous avons fait une relecture des transcriptions entièrement recodées, puis nous avons réalisé une écoute attentive de chaque entretien pour enfin, relire certains verbatim codés dans chaque entretien. Cette immersion s'est déroulée dans une pièce privée, au calme de toute interruption possible, avec une écoute en haut-parleur des entretiens. Ce travail a été pour nous une possibilité d'habiter entièrement notre posture psychophénoménologique, en nous imprégnant complètement du matériau et en nous plaçant dans une attitude empathique et non-interprétante. La dernière demi-heure à 45 minutes de la journée d'immersion a consisté en l'écriture automatique et naturelle du récit, comme si nous étions à la place du sujet-répondant. Le même procédé a été reproduit huit fois sur un total de 16 transcriptions et de 16 enregistrements audio.

Nous avons reconstitué les huit cas de l'étude sous forme de récits phénoménologiques, qui consistent à retracer sous la forme d'un récit les « éléments les plus phénoménologiquement probants de l'entretien » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.148). Cette réécriture, sous une perspective émique, celle du sujet interviewé, nous engage phénoménologiquement envers la parole reçue et la confiance que ces personnes nous ont accordée. Elle nous fait faire l'expérience de prendre en compte complètement ce qui est mis en avant par le sujet, en remplaçant cette parole dans le contexte de vie de ce sujet.

Ce récit représente « les bases d'une compréhension empathique et circonstanciée du monde vécu » par le chercheur (Ibid., p.179).

Les huit récits phénoménologiques sont présentés à la fin de cette thèse dans la partie 3 proposant une discussion générale.

La construction des récits phénoménologiques ont permis de compléter l'analyse des entretiens d'explicitation biographique à partir du repérage des moments-sources (Lesourd, 2009) dans la parole du sujet. Ces moments-sources sont ceux qui ont déclenché le choix et l'entrée dans la formation et la profession infirmière. Les moments de décryptage de sens (Faingold, 2011) ont permis aux sujets de prendre conscience de régularités dans leur fonctionnement global dans la pratique professionnelle et personnelle. Les éléments qui ont émergé du décryptage de sens ont apporté de l'épaisseur au vécu à analyser et ont permis d'identifier les graines de sens de ce moment du moment dans la tranche de vécu explorée (Faingold, 2011, p.27).

Ainsi, le croisement de méthodes issues des champs de recherche biographique et psychophénoménologique ont permis un enrichissement du matériau de recherche et, par conséquent, de son analyse.

La recherche biographique désigne ainsi sous le terme de biographie, non le cours réel des existences, mais ces constructions narratives selon lesquelles les individus donnent la forme et le sens d'une histoire (ou d'un ensemble d'histoires) à leur vie ; et elle recourt à la notion de biographisation pour désigner l'ensemble des opérations et des comportements par lesquels les individus travaillent à se donner une forme propre dans laquelle ils se reconnaissent eux-mêmes et se font reconnaître par les autres (Delory-Momberger, 2003, 2004, 2015, p.28).

Dans la partie suivante, nous présentons nos résultats de recherche obtenus à la faveur de la méthodologie de traitement des données précédemment décrite.

Partie 2 : Analyse des données

En référence à la problématique de recherche de la professionnalité spécifique des débutants infirmiers dans leurs débuts professionnels, à la question de recherche « Le sentiment identitaire professionnel permet-t-il au débutant infirmier de construire sa propre professionnalité ? » et aux trois hypothèses de recherche (hypothèse de recherche 1 : Une professionnalité spécifique du débutant infirmier est observable sur le terrain professionnel ; hypothèse de recherche 2 : La professionnalité du débutant infirmier se construit en interdépendance avec l'expérience élaborée ; hypothèse de recherche 3 : La construction de la professionnalité du débutant infirmier est en interdépendance avec le sentiment identitaire), le cadrage théorique de la recherche s'est appuyé principalement sur les concepts de sentiment identitaire, de professionnalité émergente, de reconnaissance professionnelle et la notion de débuts professionnels.

Concernant notre démarche de recherche, elle relève de « l'enjeu (qui) est d'accéder à la subjectivité en acte, en tentant de rendre intelligible la logique personnelle, ou logique propre des sujets » (Mouchet, 2014, p. 30). A titre d'exemple, un débutant qui verbalise les paroles suivantes « *Je me sens bien* » ou bien « *Je me sens professionnel* », ou bien « *Je me sens infirmier* », quelles significations ces verbalisations non induites par le chercheur ont-elles pour et sur le sujet lui-même, et quels effets produisent-elles sur Soi s'exprimant librement et volontairement ? La posture épistémologique développée ici est psychophénoménologique.

L'analyse des données de recherche porte, dans un premier chapitre sur la projection de soi professionnel, puis dans un second chapitre, afin de comprendre le processus d'émergence de la professionnalité du débutant, nous ciblons les données recueillies en rapport avec la reconnaissance professionnelle, pour les effets que nous supposons qu'elle produit sur un élément fondateur du développement de la professionnalité émergente. Celui-ci étant le déclenchement d'un sentiment identitaire professionnel, il permettrait au débutant infirmier de construire son Soi professionnel spécifique de débutant professionnel et dont les composants (cohérence, unité, appartenance, différence, valeur, autonomie, confiance) et les processus d'intégration des valeurs et d'identification se renforcent ou se développent dans cette période de débuts. Ces éléments énoncés ici sont bien évidemment des hypothèses que nous nous efforcerons de démontrer le plus clairement possible dans les parties suivantes d'analyse.

Ainsi, le chapitre trois ciblera essentiellement le processus de déploiement du sentiment identitaire par une analyse des vécus de référence des débutants, ainsi que par l'émergence de formes identitaires professionnelles rendues visibles par la verbalisation des situations signifiantes pour le sujet lui-même des débuts professionnels. L'accès au vécu subjectif rendu possible par la complémentarité des entretiens d'explicitation et d'explicitation biographique et la richesse de la grille d'analyse par les constituants du sentiment identitaire est, dans cette partie la concrétisation de notre posture épistémologique. La lecture de ces descriptions de vécus subjectifs est à contextualiser dans un environnement professionnel contemporain du monde de l'entreprise et du travail empreint de contraintes et d'injonctions. D'ailleurs, nous décrivons que le développement de la professionnalité du débutant ne se réalise pas uniquement par des interactions ou vécus favorables vis-à-vis du débutant. Ainsi, dans un quatrième chapitre, nous ciblons des données de recherche recueillies dans notre étude longitudinale qui montrent que des situations professionnelles et interactionnelles vécues comme des épreuves de professionnalité peuvent aussi avoir des effets de développement de la professionnalité émergente du débutant, et là encore, la centration sur le sentiment identitaire professionnel nous permettra d'éclairer le processus en jeu.

Cette partie 2 traitant de l'analyse des données est suivie d'une partie 3 portant sur une discussion générale.

Chapitre 1 : Le Soi professionnel pendant la période d'intégration

Ce chapitre⁴⁵ traite de la problématique du développement du Soi professionnel dans la période des débuts professionnels ou période d'intégration. La projection du Soi professionnel et l'évolution du rôle vers la posture professionnelle sont développées. Les résultats portent sur le développement d'une posture professionnelle d'intégration spécifique des débutants.

1. La projection du Soi professionnel pendant la période d'intégration

Les expériences de stages en tant qu'étudiant infirmier ont permis à un espace personnel de réflexion de soi, comme futur professionnel, de s'initier. Le soi est alors entendu comme « le produit d'un processus de construction dans lequel les interactions, les activités individuelles et les interlocutions jouent un rôle majeur » (Guichard & Huteau, 2001, p. 216). Le soi professionnel, dans la continuité du soi, comprendrait deux dimensions (Marc, 2005), un sentiment ou une perception de soi (au travail) et une représentation de cette perception de soi.

Pour Guichard (2007), la « construction de soi » fait appel à l'ensemble des facteurs et processus (sociaux et individuels) permettant à un individu d'orienter son existence et, ainsi, de tenter de devenir (de se faire) ce qu'il est à ses yeux et aux yeux des autres à un moment donné. Dans une période de formation et d'intégration professionnelle, le soi professionnel se développe progressivement en interaction avec un environnement et des acteurs de cet environnement de travail. Le soi se définit comme un processus singulier, propre à l'individu, en réaction à certaines situations, en interaction avec les autres, et en interlocution avec soi-même.

⁴⁵ Des éléments du chapitre 1 de l'analyse font l'objet d'une publication dans les carnets de recherche du CRF Centre de Recherche sur la Formation.

Les étudiants infirmiers ne s'interrogent pas spontanément sur la façon dont ils vont s'intégrer professionnellement une fois qu'ils seront diplômés. Encore en formation, lorsqu'ils sont interrogés une première fois, ils sont alors dans une temporalité de fin de formation en alternance. Elle a duré trois années et a été marquée par des événements singuliers et collectifs, vécus différemment selon les sujets et leur engagement en formation.

Invités par le chercheur à s'interroger sur la période des débuts professionnels qui va avoir lieu quelques semaines plus tard, les stagiaires infirmiers verbalisent des attentes concernant l'accueil, l'encadrement voire un tutorat relativement bien formalisé. Ils ne sont pas unanimes sur des modalités d'intégration en tant que jeune diplômé. Ils se représentent une organisation et une formalisation de leur intégration professionnelle de la part de la structure dans laquelle ils vont commencer à travailler. Tous ont une idée assez précise de l'intégration, idée qui s'est construite par une analyse réflexive de leurs propres besoins et de leur fonctionnement en stage. Ils font une analogie entre leur intégration en stage dans un service de soins et leur intégration professionnelle en tant qu'infirmier.

1.1. Les attentes des futurs diplômés dans la période d'intégration

Être présentée à l'équipe, ensuite pendant quelque temps, être prise en charge, être en binôme avec une infirmière qui est déjà dans le service depuis longtemps, pour pouvoir prendre mes marques. [...] beaucoup de présence, oui peut être la première semaine [...] être supervisée (IDE 1, EpE1, ligne 17).

On est doublé c'est-à-dire qu'on travaille avec une autre infirmière qui nous montre les habitudes du service, ce qui est spécifique au service [...], c'est comme cela que j'envisage, surtout en débutant (IDE 5, EpE5, ligne 10).

Il y aura un tuteur en fait, je sais en fait qu'on n'est pas lâché comme ça dans les services, je serai toujours en binôme avec une autre infirmière de façon à m'encadrer, un petit peu, à me montrer le fonctionnement du service [...]. Une quinzaine de jours, peut-être un peu moins (IDE 4, EpE4, ligne 7).

De mon côté, je vais tout faire pour bien m'intégrer, mes stages se sont très bien passés, normalement je vais bien m'intégrer, donc je me suis toujours intégrée (IDE 7, EpE7, ligne 6).

J'aurai besoin, en tout cas, d'être aidée, en tout cas, d'être guidée au début, voilà, m'intégrer, ce serait déjà bien connaître le travail, l'équipe, les locaux et je ne sais pas... au niveau infirmière. Oui ce serait important de voir l'équipe, là où je vais m'intégrer, de voir comment ils travaillent [...] (IDE 8, EpE8, ligne 11).

L'étude longitudinale du vécu des débuts professionnels de notre cohorte montre que les réalités vécues par les débutants sont très différentes de leurs attentes, notamment en termes d'intégration professionnelle. Les réalités d'encadrement se révèlent être en rapport avec un dispositif, mais aussi et surtout, avec les infirmiers en exercice professionnel et les conditions de travail de ces mêmes individus au sein d'équipes pluridisciplinaires.

Notre hypothèse est que ces décalages entre les attentes et les réalités vécues provoquent chez le nouveau diplômé des transformations de soi nécessaires pour faire face aux situations professionnelles. Cet écart entre la projection de soi professionnel infirmier et le soi en développement que nous nommons ici le [soi s'intégrant] se retrouve dans le vécu subjectif des débutants. Cependant, cet écart n'est pas vécu de façon négative par le sujet débutant qui retrouve de la cohérence dans l'image de soi [Soi intégré].

Les attentes des futurs diplômés vis-à-vis du lieu de travail révèlent l'adoption d'un système d'attitudes en tant que futurs infirmiers. Ils se projettent d'adopter puis adoptent en tant que débutants deux types d'attitudes.

1.2. L'adoption d'un système d'attitudes

La projection du soi professionnel dans la période des débuts professionnels se caractérise chez les stagiaires par l'adoption d'un système d'attitudes dynamiques ou d'attitudes attentistes des futurs infirmiers concernant leur intégration professionnelle. Les stagiaires décrivent des modalités d'intégration sur le futur lieu d'exercice professionnel où ils se voient en tant qu'infirmier débutant, plutôt actif ou plutôt passif dans le processus d'intégration. Nous pouvons y voir des indicateurs précieux de leur professionnalité dans la mesure où, considérant le soi professionnel comme un espace de subjectivation (Cohen Scali, 2010 ; Marc, 2005), il s'y manifeste également la relation du sujet à son travail.

C'est le cas de la situation vécue notamment par Anne (IDE 4). Elle présente une image de soi professionnel comme l'infirmière du service, une « *chef d'équipe* » (EpE4, ligne 42) qui sait cadrer les situations. En réalité, elle a été prise pour une stagiaire-infirmière à l'accueil dans le service, pendant une demi-journée. Elle a « *suivi le mouvement* » des professionnels dans les activités et n'a pas signalé la confusion. Ces indicateurs peuvent relever d'une attitude passive. L'écart entre la projection de soi et le soi professionnel est important lors de la prise

de poste. Malgré ce vécu et son attitude, l'infirmière débutante verbalise un vécu subjectif favorable de son intégration professionnelle.

Alia (IDE 7) a pris conscience de la nécessité de favoriser son intégration professionnelle et de stage, en mobilisant ses connaissances et son expérience de stage. Ce qu'elle décrit relève d'une attitude active : *« je vais tout faire pour bien m'intégrer », « je suis confiante car j'ai acquis une petite expérience durant les stages et à l'école, à l'IFSI, donc je vais tout faire pour utiliser ces ressources »* (EpE7, ligne 12).

« Suivre le mouvement » (IDE 4, EdE4, ligne 108), *« Se fondre dans la masse »* (IDE 3, EpE3, ligne 13), *« Tout faire pour utiliser ces ressources »* (IDE 7, EpE7, ligne 13) seraient des attitudes dynamiques favorisant la professionnalité émergente du débutant.

1.3. La variété des représentations de Soi professionnel

Le soi idéal ou souhaitable, le soi projeté et le soi réel (Barbier, 2006) se retrouvent dans les verbatim des futurs infirmiers.

Ces formes possibles de soi professionnel, dans le contexte d'intégration professionnelle, peuvent prendre la forme d'un [Soi s'intégrant] afin de devenir, par le processus d'intégration professionnelle, un [Soi intégré], ici en tant qu'infirmier.

Perdue entre l'étudiante infirmière et l'infirmière [...] un temps d'adaptation à ce nouveau grade (IDE 1, EpE1, ligne 25).

J'ai peur de faire un peu encore élève, je ne suis pas encore très sûre de moi, j'aurai tendance à observer avant et pas trop m'affirmer (IDE 2, EpE2, ligne 36).

C'est le grand pas, sur la continuité, [...] continuer à devenir ... un infirmier (IDE 3, EpE3, ligne 182).

Oui, moi je me suis dit, ma place elle est faite, je suis l'infirmière du service (IDE 4, EpE4, ligne 119).

Je me sens infirmière, il me manque juste...j'ai l'impression d'avoir une main aide-soignante et une main infirmière (IDE 5, EpE5, ligne 169).

Quelque part l'école c'est bien, c'est rassurant, mais après je pense que je suis prête [...] Je me dis que c'est la même chose en définitive. Ça va, ça ne va pas être nouveau, mais il y aura des tâches nouvelles (IDE 6, EpE6, ligne 268).

Les étudiantes IDE 7 et IDE 8 se projettent naturellement en tant qu'infirmière. Elles précisent alors leur fonctionnement en tant qu'infirmière qu'elles s'imaginent devenir.

Je me vois, je ne dirais pas l'idéal, mais je me vois toujours à la recherche d'autres connaissances, à acquérir ... (IDE 7, EpE7, ligne 93).

J'ai confiance en moi, je sais que quand je vais prendre mon poste si je ne sais pas je ne ferai pas, je vais toujours demander des explications, qu'on m'aide, qu'on me montre, ça, c'est intégré en moi (IDE 7, EpE7, ligne 218).

En tant qu'infirmière, le fait que je sois passée par aide-soignante un petit peu quand même, je me suis dit que j'écouterai les aides-soignantes (IDE 8, EpE8, ligne 47).

C'est un point que je m'étais dit en tant qu'infirmière, maintenant, je n'ai pas envie d'avoir qu'un rôle de donner des médicaments ou de faire des pansements, j'ai vraiment envie de garder ce rôle relationnel qui m'est cher et d'arriver à prendre le temps nécessaire... (IDE 8, EpE8, ligne 53).

2. Du rôle vers la posture professionnelle pendant la période d'intégration

Les stagiaires infirmiers décrivent tous des éléments nécessaires pour s'intégrer professionnellement. Ils sont unanimes pour dire qu'il faut se faire accepter par l'équipe de soins, qu'il faut se faire reconnaître en tant qu'infirmier par le patient et par l'équipe pluridisciplinaire. Pour ce faire, cela peut passer par l'observation des autres infirmiers pour développer sa propre pratique professionnelle, par la réflexion en équipe quant aux situations complexes de soins, par la nécessité de faire des choix professionnels et d'adopter une attitude

réflexive dans les prises en soins individualisées. A tous, il leur semble très important de s'intégrer dans l'équipe de soins pour pouvoir travailler en tant qu'infirmier.

Les répondants témoignent tous d'une volonté de remplir le rôle professionnel attendu et d'être à la hauteur de la pratique professionnelle infirmière. Beaucoup font référence à leurs valeurs professionnelles et personnelles dans l'exercice de la profession.

Dans la phase des entretiens pré-diplôme, nous posons l'hypothèse de l'influence de l'environnement de formation dans laquelle les futurs diplômés sont alors encore immergés, sur leurs réponses et de ce fait, dans leur projection de soi professionnel. Les représentations professionnelles prennent naissance dès la formation professionnelle et initiale. Elles correspondent à des savoirs conceptuels et procéduraux, et portent sur des objets de l'environnement (Bataille, Blin, Jacquet-Mias et Piasser, 1997). En formation infirmière, elles se construisent à partir des enseignements suivis (sous la forme de cours magistraux, de travaux dirigés, de travaux pratiques, de séances d'analyse de pratiques ou d'apprentissage par simulation, etc.) et à partir des expériences de stages professionnels. Ainsi définies en relation avec les pratiques professionnelles et les identités professionnelles, les représentations professionnelles sont « toujours spécifiques à un contexte professionnel, définies comme des ensembles de cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle et organisés en un champ structuré présentant une signification globale » (Blin, 1997, p. 89). Les étudiants en soins infirmiers s'apprêtent à vivre une période de transition entre l'école et le travail. Il s'agit ici « du passage d'une étape à une autre de l'existence ou de la carrière professionnelle » (Guichard, 2007) souvent couplée avec un sentiment de déstabilisation du côté du sujet (Robin, 2009). Nous y reviendrons dans le chapitre 4 d'analyse au sujet des épreuves de professionnalité.

Nous avons décrit dans le contexte de notre étude la formalisation importante et réglementaire des études d'infirmier. Sur le terrain d'exercice professionnel, les débutants infirmiers traduisent le rôle professionnel en posture professionnelle, en s'adaptant eux-mêmes à la fonction infirmière et au contexte de leurs propres débuts professionnels.

L'intégration du groupe professionnel par le débutant s'accomplit au fil de processus complexes de « différenciation professionnelle » (Mulin, 2008). Le produit de ces processus en jeu apparaît sous la forme de la posture professionnelle, « dès lors que les acteurs partagent une norme commune, composée de représentations professionnelles qui portent principalement sur la justification des pratiques, mais remplissent aussi des fonctions de construction identitaire et de constitution des savoirs communs à la profession » (Mulin, 2014, p.214).

Dans la phase 2 de l'étude longitudinale, la posture professionnelle est verbalisée par les infirmiers débutants. Cette verbalisation fait partie du processus de développement identitaire.

La verbalisation de la posture professionnelle par les infirmiers débutants.

C'est pas évident, parce que j'ai des horaires à respecter pour la prise des médicaments et du coup, je me suis dit mince, il va falloir quand même que je gère, parce que ça va me prendre du temps, déjà il va falloir que tout soit calé, donc j'ai priorisé l'urgence (IDE 2, EdE2, ligne 53).

J'avais quand même un peu de pression et donc le fait d'y arriver [à poser une perfusion], voilà, sans trembler, j'étais un peu fière de moi, et [le médecin], il m'a regardé comme si cela faisait un petit moment que j'étais dans la maison (IDE 2, EdE2, ligne 219).

J'ai su agir en situation, je n'ai rien eu à demander, j'ai su agir... J'ai su faire preuve de sang-froid, oui j'ai su faire preuve de sang-froid, en situation de réanimation (IDE 3, EdE3, ligne 278).

Voilà, avant j'arrivais pas trop à communiquer avec [les médecins], mais maintenant j'arrive à travailler, à communiquer ensemble, on est vraiment une équipe pluridisciplinaire (IDE 3, EdE3, ligne 146).

Ces quelques verbatim montrent notamment les ajustements du sujet débutant dans l'agir professionnel, ajustements qui cadrent une réalité professionnelle à laquelle il se confronte, dans laquelle il tâtonne, se voit agir en situation, cherche sa place dans l'équipe transdisciplinaire. Des éléments de la professionnalité émergente apparaissent dès le début de la prise de poste.

Le poids des représentations du sujet en alternance sur sa projection professionnelle est à prendre en compte. Ces représentations sont en partie dépendantes de la façon dont le stagiaire infirmier a vécu ses stages de formation et des possibilités d'analyser ses expériences en tant que stagiaire. Par ailleurs, les débuts professionnels sont largement marqués par une dynamique individuelle de construction de sa professionnalité. Cette dynamique s'enclenche par des vécus significatifs pour le sujet débutant, comme un décalage entre l'intégration souhaitée ou imaginée et celle vécue, une injonction à être rapidement opérationnel, et une prise de conscience de sa professionnalité centrée sur la responsabilité et l'autonomie professionnelle. Le débutant doit alors faire face à la situation professionnelle en déployant des stratégies d'adaptation. Ce qui est décrit ici est proche de l'adaptation sociale, corollaire de l'intégration sociale, et qui se définit comme les mécanismes que le sujet met en œuvre pour appartenir à un groupe, mécanismes qui impliquent des changements chez le sujet. Ces changements sont ici des transformations des dynamiques identitaires par un travail identitaire (Kaddouri, 2006).

Par ailleurs, la référence des répondants aux valeurs professionnelles et personnelles montre des enjeux forts pour le professionnel infirmier débutant de réussir sa professionnalité et de rester en phase avec ses valeurs. Ces enjeux entendus comme des « anticipations que peut faire un sujet individuel ou collectif sur l'évolution possible de ses territoires d'activités, et affects associés » (Barbier, 2011, p. 59) permettraient au sujet de construire sa professionnalité de débutant. Nous pouvons alors soutenir l'idée que la projection de soi

professionnel a une forte influence sur le vécu des débuts professionnels et peut rendre le soi professionnel vecteur de construction de la professionnalité du débutant infirmier.

3. Le développement d'une posture d'intégration professionnelle

La posture d'intégration professionnelle relève d'une importance déterminante pour le débutant infirmier. Nous posons l'hypothèse que la première étape du développement professionnel du débutant serait l'adoption d'une posture professionnelle d'intégration. C'est en ce sens que les débuts provoquent des transformations identitaires car ils impliquent du débutant qu'il mette en place des stratégies d'adaptation dans une équipe, non plus en qualité d'étudiant, c'est-à-dire en situation d'apprentissage et de passage dans un lieu et dans une équipe, mais en situation de membre à part entière d'une équipe professionnelle dans laquelle le débutant doit se montrer effectivement opérationnel, en répondant à des attentes bien précises des équipes et de l'encadrement. Il est attendu que l'infirmier soit productif et remplisse une mission professionnelle très formalisée. La mission générale des infirmiers est de prendre en charge un groupe de patients sur les plans curatifs, éducatifs, préventifs, de maintenance et de réhabilitation. Les responsables, managers ou cadres de santé, informent les infirmiers qu'ils recrutent des missions spécifiques au regard de la spécialité du service et de la population soignée.

C'est notamment par l'action professionnelle que les débutants abandonnent leurs idéaux et prennent conscience de leurs capacités et de leurs préférences d'agir professionnel (développer l'aspect relationnel, technique ou organisationnel dans leurs interventions soignantes). Dans le quotidien de travail, les débutants montrent des capacités d'un point de vue pratique et réflexif, et développent leur autonomie dans l'exercice de leur profession. « L'ajustement de la conception de soi » permet de se positionner en se socialisant professionnellement (Dubar, 2000) ; cet ajustement permanent et hésitant se situe au cœur de cette professionnalité émergente. Il prend une place importante dans les stratégies déployées par le débutant.

La prise de fonction impacte les transformations identitaires du sujet dans la mesure où le débutant doit s'adapter dans cette phase de transition entre la formation et la profession, et que cette période fait vivre à la personne débutante non pas une continuité entre formation et

profession, mais une discontinuité avec des vécus en termes d'incertitude, de doute, voire de flottement. Cela passe nécessairement par la déconstruction du soi étudiant afin de pouvoir se convertir en soi infirmier. Cette période est donc spécifique dans un parcours biographique ou trajectoires professionnelles, il est discontinuité pour permettre au sujet de se transformer, de tâtonner, d'hésiter voire de flotter dans cette période de sa professionnalité émergente, pour enfin par des éléments déclencheurs et de prise de conscience, à partir des situations professionnelles, se sentir à la place, c'est-à-dire à sa place d'infirmier. Les ressources puisées par le débutant infirmier dans les sphères personnelles, collectives et relationnelles lui permettent également de développer sa professionnalité. Les ressources puisées dans la sphère personnelle du sujet peuvent être considérées comme des ressources identitaires.

De plus, la vision collective du travail, la nécessité de continuer à apprendre son métier sur le terrain par la pratique (Bourgeois, 2012) et en interaction avec ses collègues soignants sont des éléments qui structurent leur professionnalité. La notion de workplace learning a ici toute son importance dans la temporalité du débutant. Ces éléments se retrouvent de manière récurrente dans les verbatim des répondants débutants. Ils se voient, notamment « continuer à apprendre » en tant qu'infirmier sur le terrain d'exercice professionnel.

Le débutant décrit sa propre posture professionnelle, qui désigne « la situation dans laquelle agit un professionnel, tout autant que le système d'attitudes qu'il adopte dans cet exercice » (Mulin, 2014, p.213). La posture professionnelle d'intégration présente des récurrences dans la verbalisation des débutants : se faire accepter par l'équipe, se faire reconnaître en tant qu'infirmier par le patient, et l'équipe, observer les autres infirmiers [on pourrait même parler des gestes professionnels d'intégration...].

Enfin, l'agir professionnel, qui fait souvent référence à des normes communes, ne suffit pas à décrire la posture du débutant. Cette posture professionnelle se développe par des processus complexes intégrant des éléments intra et intersubjectifs qui mobilisent les propres valeurs du sujet, son histoire personnelle, son parcours biographique et son mode de relation à autrui. Elle est spécifique des débuts et fait vivre au débutant infirmier les étapes de la socialisation professionnelle (Dubar, 2000) qui impactent sa définition du Soi en tant que professionnel débutant. C'est sur cette base de conception et de développement du Soi professionnel que le sujet se construit sa propre professionnalité.

Le Soi professionnel du débutant infirmier pendant la période d'intégration se développe par l'adoption d'une posture professionnelle d'intégration professionnelle qui se caractérise par des attitudes, comportements et interactions favorisant notamment l'acceptation du débutant
--

par l'équipe et sa reconnaissance en tant qu'infirmier par le patient et par l'équipe. Des processus intra et intersubjectifs sont en jeu et mobilisent les sentiments subjectifs du sujet.

Chapitre 2 : La reconnaissance professionnelle reconnue et vécue par les débutants

Ce chapitre traite de la problématique de la reconnaissance professionnelle. Les formes de reconnaissance professionnelle vécue par les débutants sont analysées au regard de leurs effets sur leur professionnalité émergente. Les différentes postures de reconnaissance professionnelle sont étudiées chez les débutants dans des situations professionnelles spécifiées.

A partir de l'**hypothèse de recherche 1** selon laquelle une professionnalité spécifique du débutant infirmier est observable sur le terrain professionnel, la référence à la reconnaissance professionnelle est verbalisée par l'ensemble des débutants infirmiers de notre cohorte.

La thématique de la reconnaissance professionnelle est récurrente dès lors que nous nous intéressons aux dynamiques identitaires professionnelles. Dans le cas de notre recherche, la description même des acteurs de la reconnaissance professionnelle des débutants infirmiers permet, dans cette première étape d'analyse, de comprendre le vécu du sujet-débutant dans le rapport qu'il décrit avoir avec ces différents acteurs.

Notre démarche est donc de comprendre les effets de la reconnaissance professionnelle par les différents acteurs sur le développement de la professionnalité émergente et, en tant que processus en pleine évolution, le rapport du sentiment identitaire professionnel sur son émergence. Ces postulats, en référence aux **hypothèses de recherche 1 et 3**, rejoignent les hypothèses de recherche opérationnelles (a et b) selon lesquelles :

La reconnaissance professionnelle concoure au développement de la professionnalité spécifique du débutant infirmier (**Hypothèse opérationnelle a**).

La reconnaissance professionnelle renforce le sentiment identitaire dans les débuts professionnels des infirmiers (**Hypothèse opérationnelle b**).

1. La reconnaissance professionnelle : quelle reconnaissance par les débutants ? quels effets sur le vécu des débuts professionnels ? quels acteurs ?

La reconnaissance professionnelle prend une place centrale dans le processus de construction identitaire de l'infirmier. Le sujet a besoin d'être reconnu par lui-même et par les autres pour se construire professionnellement. Ce parcours de la reconnaissance (Ricoeur, 2004) est vécu par le professionnel dans des phases successives d'identification, d'attestation et d'imputation. La reconnaissance professionnelle est considérée comme un « processus global qui intègre une dimension évaluative de l'activité effectivement mise en œuvre, une dimension de valorisation et de légitimation du positionnement de l'acteur au travail » (Jorro, 2007, p.17).

Concernant la reconnaissance placée dans un contexte professionnel, sur le lieu de travail, en interaction avec les membres d'une équipe, la hiérarchie et les bénéficiaires de l'acte professionnel, elle répond à quatre logiques, du genre, du style, de l'éthos et de la culture professionnelle (Jorro, 2009 ; Thévenet & Neveu, 2002) et peut prendre la forme d'une posture de contrôle (Jorro, 2009) ou d'une posture de reconnaissance (De Ketele, 2011).

Dans nos études de cas, certains éléments sont mis en avant au regard de la reconnaissance (Ricoeur, 2004) et de la reconnaissance professionnelle.

Dans la première étape de notre analyse, les acteurs de la reconnaissance sont présentés au regard de chaque infirmier débutant. Ainsi les huit infirmiers débutants (IDE 1 à IDE 8) sont situés dans l'arc en ciel ci-dessous (Figure 1). Ce premier degré d'analyse situe le répondant dans les trois niveaux de reconnaissance : par le sujet lui-même, par les acteurs et par l'institution.

Au-delà de situer un infirmier débutant par rapport aux acteurs de la reconnaissance, cette grille de lecture permet de cibler les professionnels dont le discours ne fait pas référence à un de ces trois niveaux. La focale mise sur la non-référence par le débutant dans leur discours sur les débuts professionnels permet d'analyser ce point de divergence (Exemple de IDE 2 Nicole par un manque de reconnaissance par elle-même). Nous y reviendrons.

Ce modèle des acteurs de la reconnaissance (De Ketele, 2011) opère dans l'environnement de travail de l'infirmier, quel que soit le lieu et la spécificité du service de soins, qu'il relève du

domaine privé que public. Ainsi, l'infirmier débutant relève généralement d'une institution (hôpital, maison d'accueil, dispensaire, clinique, etc.), d'une hiérarchie (cadre de santé, cadre supérieur de pôle d'activités, directeur des soins, directeur général de la structure) et travaille en équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue, kinésithérapeute, aide-soignant, etc.). Son rôle professionnel est légiféré et scindé en rôle propre ou autonome, rôle sur prescription médicale et rôle en collaboration. Le rôle prescrit lui confère de fait une obligation d'exercice professionnel pour certains actes professionnels vis-à-vis du médecin prescripteur. Nous avons décrit ces principes dans la première partie de ce travail et précisé que le premier code de la déontologie des infirmiers existe depuis décembre 2016. Il en découle une complexité pour l'infirmier de se situer dans une équipe, où il est tantôt exécutant, tantôt collaborateur, tantôt largement initiateur du soin ou de la démarche soignante en question. L'infirmier débutant fait également l'apprentissage de cet aspect du travail, n'étant plus, une fois diplômé sous la responsabilité d'un tuteur de stage.

Un infirmier peut percevoir des signes de reconnaissance dans ses débuts professionnels de la part de différents acteurs situés à des niveaux distincts de l'organisation de travail.

Il s'agit de la reconnaissance institutionnelle, la reconnaissance attribuée par les acteurs et la reconnaissance perçue par le professionnel lui-même (De Ketele, 2013, p.18).

La reconnaissance professionnelle se situe à trois niveaux : macro, méso et micro (Roquet, 2012).

La reconnaissance institutionnelle est celle attribuée par les personnes mandatées par l'institution (De Ketele, 2013, p.18). Elle correspond, dans l'environnement de travail de l'infirmier, aux cadres de santé qui fonctionnent en tant que responsables manager de proximité, aux cadres supérieurs de pôle qui sont dans un rôle plus gestionnaire, et aux chefs de service ou aux médecins. Pour ce dernier référent institutionnel, mandaté par l'institution, il est important de préciser que même si les médecins ne font pas partie de la hiérarchie « paramédicale » ou soignante des infirmiers, leurs actes de prescriptions médicales leur donnent un mandat vis-à-vis des infirmiers et comme nous l'avons décrit, un pouvoir médical et organisationnel attribué par les directions générales et les directions de soins.

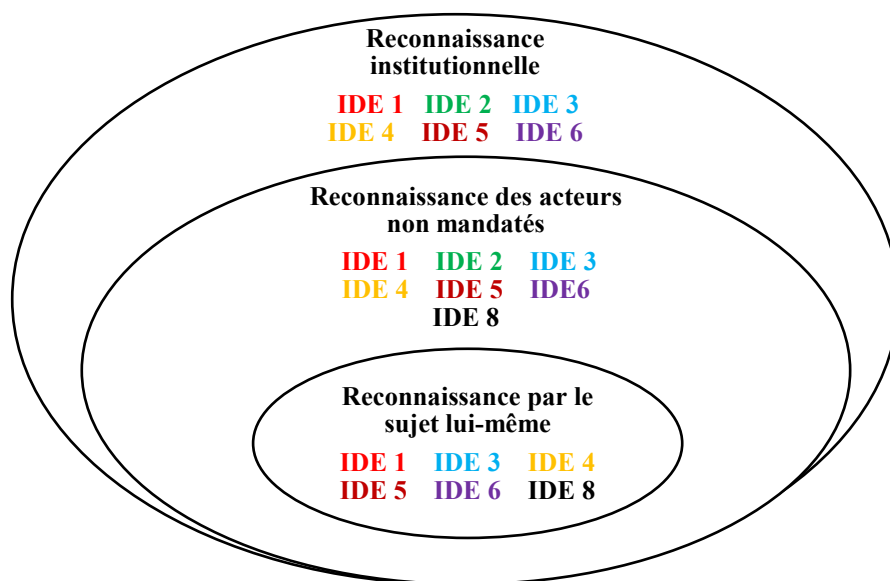
La reconnaissance attribuée par les acteurs, ceux non officiellement mandatés (Ibid., p.18) a un impact sur la professionnalité émergente. Il s'agit ici des acteurs suivants : les bénéficiaires des soins et ses proches (le patient, sa famille, ses proches, ses « personnes de confiance »), l'infirmier, l'aide-soignant, les élèves et les étudiants, tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire (psychologue, kinésithérapeutes), et les proches de l'infirmier débutant.

Les huit infirmières (-iers) verbalisent des situations vécues dans les débuts professionnels en tant qu'infirmière (-ier) dans lesquelles nous pouvons y voir des indices de reconnaissance professionnelle. Ces indices de reconnaissance participent au développement de la professionnalité émergente par le renforcement du sentiment identitaire.

Nous nommons dans cette recherche les huit infirmiers débutants soit par leur prénom fictif ou par IDE suivi d'un chiffre de 1 à 8. IDE correspond à Infirmier Diplômé d'État (tableau 5).

Dans les entretiens de la phase 2 et 3 des infirmiers débutants interrogés dans notre étude, nous ciblons des indices de reconnaissance professionnelle visibles dans les débuts professionnels.

Nous proposons de situer les huit infirmiers débutants au regard du modèle de la reconnaissance professionnelle (De Ketele, 2011) dans l'arc en ciel ci-dessous puis, dans un second temps nous analyserons les effets de la reconnaissance sur des infirmiers débutants.



IDE 7 IDE 8 : pas de reconnaissance institutionnelle
 IDE 7 : pas de reconnaissance des acteurs non mandatés
 IDE 2 IDE 7 : pas de reconnaissance par le sujet lui-même

Figure 1 : Situation des infirmiers débutants par rapport aux acteurs de la reconnaissance professionnelle (IDE de 1 à 8), d'après le modèle conceptualisé par De Ketele (2011).

2. La posture de contrôle à l'égard de l'infirmier débutant : cas de Katie et de Marie

Contexte des débuts professionnels :

Katie (IDE 1) travaille depuis trois mois dans un service de soins en oncologie, premier poste depuis sa prise de poste en tant qu'infirmière. Elle a choisi son service d'affectation. Elle a bénéficié d'un mois complet d'intégration qui a pris la forme d'un tutorat en doublon avec une infirmière expérimentée.

Marie (IDE 6) a commencé par travailler dans un service de maladies infectieuses pendant 15 jours, elle est en poste en chirurgie depuis. Elle est diplômée depuis quatre mois environ. Au bout de 9 mois, elle est affectée en psychiatrie par choix de sa part. Elle n'est pas tutorée.

La posture de contrôle par le cadre de santé

Le processus de reconnaissance professionnelle est visible dans les débuts professionnels de Katie (période entre 0 et 4 mois). Le cas de Katie est emblématique d'une logique du genre professionnel et d'une posture de contrôle.

La posture de contrôle « vise à vérifier une conformité d'actions ou de postures avec des standards et des normes » (Jorro & De Ketele, 2011).

Il s'agit pour le cadre de santé d'observer, de vérifier et d'évaluer les connaissances et les capacités de la nouvelle recrue.

On fait des bilans avec elle, et il y a deux semaines, quand elle m'a demandé mes normes, oui je me suis ressentie étudiante quand je me suis vu réciter mes normes. Ouais, et là c'est vrai quand je suis rentrée, je me suis dit, ben je ne l'ai pas volé mon diplôme [...] mais après c'est sa façon d'être, elle est peut-être comme cela avec tout le monde, c'était vraiment évaluer mes connaissances et du coup, me remettre en question, mais moi, ça me remettait en question devant elle (Katie, IDE1, EdE1, ligne 265).

Le processus d'évaluation de l'infirmière débutante par le cadre de santé consistant à faire des bilans d'évaluation des connaissances s'apparente à la procédure d'évaluation de la progression en stage de l'étudiant infirmier (Référentiel de formation). Le cadre de santé s'appuie sur une grille d'évaluation des connaissances en interrogeant la débutante sur les

normes biologiques. Elle recherche alors la conformité avec un diplôme, celui d'infirmier diplômé d'état, et le niveau de connaissances et compétences s'y apparentant.

L'évaluation des connaissances vérifie le niveau requis pour prendre en soins les patients et faire preuve de réflexivité dans les prises en soins.

J'ai une cadre hyper carrée, c'est vrai qu'elle est **beaucoup sur mon dos**, à regarder mes dossiers, quand je fais mes transmissions, tout ça, et des fois, j'ai l'impression d'être un peu étudiante, et je me dis, non, t'es infirmière (Katie, IDE1, EdE1, ligne 259).

La posture de contrôle peut prendre des formes différentes et être vécue différemment selon le sujet débutant.

La posture de contrôle par les acteurs non mandatés par l'institution

La posture de contrôle par les acteurs non mandatés par l'institution peut être remplie par les collègues de l'équipe de soins. Les infirmières plus expérimentées évaluent les connaissances de la nouvelle recrue de façon moins formelle que ne le fait le cadre de santé. Elles portent sur elle une exigence comparable à celle portée sur une infirmière plus ancienne et la confrontent à un manque de connaissances en situation réelle de travail (cas de Marie, IDE 6). Ce manque de connaissances peut empêcher l'infirmière débutante de remplir son rôle professionnel. Les tensions intra- et intersubjectives décrites par la débutante, ainsi que la pression, peuvent entraîner un abandon du poste de travail.

Parce que j'ai l'impression quand on est jeune diplômée, j'ai l'impression on cherche toujours à pousser les limites, qu'on nous pousse au bord de nos limites, pas pousser les limites, mais toujours nous pousser au bord de nos connaissances, enfin, il y a des choses qu'on sait pas, il faudrait savoir tout tout de suite, il faudrait être très rapide tout de suite, il faudrait faire tout tout de suite tout bien. (Marie, IDE6 EdE6, ligne 292)

La verbalisation de ses difficultés et de ses limites en tant que débutante permet de rapporter ici des éléments sur la professionnalité émergente du débutant infirmier. Les injonctions à être opérationnel rapidement et à tout connaître sont caractéristiques des exigences et des contraintes professionnelles, dont les débutants ne sont pas dispensés.

Le vécu de la posture de contrôle et ses effets sur le sujet débutant

La posture de contrôle se dégage d'une logique de la reconnaissance du genre professionnel (Jorro, 2009) qui fait référence à un référentiel métier et de formation. La posture de

contrôle s'apparente à un processus d'évaluation d'autrui permanent. Lorsque l'évaluation est conduite lors d'un entretien, elle pourra produire ou ne pas produire de la reconnaissance (Jorro, Pana-Martin, 2012).

C'est le cas de Katie. La posture de contrôle déployée par la cadre de santé, en partie lors d'un entretien, a un effet de reconnaissance professionnelle vis-à-vis de l'infirmière en tant que débutante. La posture de contrôle renvoie temporairement la jeune diplômée dans une position de stagiaire infirmière dans un moment d'évaluation.

Le vécu de cette posture de contrôle influence ici positivement ses effets sur le sujet qui se sent reconnu. En référence à Ricœur (2004), des étapes permettent au sujet de se reconnaître et de devenir un sujet responsable à partir d'actes d'identification, d'attestation et d'imputation. Dans cette situation où la posture de reconnaissance des acteurs lui est favorable et dont le résultat du processus est positif sur la reconnaissance de l'infirmière par elle-même. Elle entraîne une remise en question du niveau de formation par l'infirmière elle-même, elle déclenche un processus d'auto-évaluation chez l'infirmière qui se demande « *est ce que tu as vraiment le niveau pour être infirmière ?* ».

Ce processus de contrôle est visible à différents moments professionnels, en situation d'entretien, et en situation d'interactions professionnelles lors des transmissions, ou encore à partir de l'étude des traces professionnelles (transmissions écrites dans les dossiers du patient) par les autres professionnels. La confiance en elle est alors renforcée et déclenche une reconnaissance de soi vers soi.

Ma cadre m'a dit qu'elle a pu voir la différence (Katie, IDE1, EdE1, ligne 328).

Parce que moi après je l'ai vu, elle (la cadre de santé) me l'a dit après. Moi j'ai vu qu'après ces entretiens, il y avait une évolution (Katie, IDE1, EdE1, ligne 316).

La reconnaissance institutionnelle vécue par Katie provient de la cadre de santé qui, après évaluation des connaissances de la jeune infirmière, reconnaît son changement de posture et lui donne sa confiance. La posture évaluatrice de la cadre dans les débuts professionnels de l'infirmière Katie lui a permis de se reconnaître elle-même comme **légitime** d'avoir obtenu son diplôme, et de remplir les fonctions infirmières actuellement (« *Ton diplôme tu ne l'as pas volé, tu as travaillé pour* »).

Le vécu de la posture de contrôle des acteurs de l'institution peut avoir une influence négative sur le processus de reconnaissance de soi par soi. Certains débutants peuvent vivre le contrôle de leur « professionnalité » avec difficulté alors que celle-ci est en pleine émergence dans les débuts professionnels. Nous pouvons décrire ces vécus comme des épreuves de professionnalité. Nous y reviendrons.

3. La posture de reconnaissance à l'égard de l'infirmier débutant par les médecins : cas de Katie, Nicole, Marc et Anne

Contexte des débuts professionnels :

Katie (IDE 1) travaille depuis trois mois dans un service de soins en oncologie, premier poste depuis sa prise de poste en tant qu'infirmière. Elle a choisi son service d'affectation. Elle a bénéficié d'un mois complet d'intégration qui a pris la forme d'un tutorat en doublon avec une infirmière expérimentée.

Quatre mois après sa prise de poste en tant qu'infirmière dans un service de gériatrie, Nicole (IDE 2), la nouvelle diplômée décrit des situations vécues dans lesquelles des indices de reconnaissance peuvent être relevés. Elle n'a pas vécu de période d'intégration lors de sa prise de poste. Elle est venue observer une infirmière du service pendant une semaine avant d'être embauchée, et ce sur son temps personnel.

Marc (IDE 3) a débuté en tant qu'intérimaire puis il a pris son second poste depuis deux mois dans le service d'accueil des urgences pour lequel il avait postulé et dans lequel il avait déjà réalisé son stage durant sa dernière année de formation.

Anne (IDE 4) a pris son poste en tant qu'infirmière il y a quatre mois dans un service de psychiatrie adulte, directement après le diplôme. Elle n'a pas été tutorée pendant sa période d'intégration.

Le médecin comme un acteur de la reconnaissance institutionnelle professionnelle des infirmiers débutants

Le médecin se situe comme un acteur de la reconnaissance institutionnelle professionnelle. Dans une partie de son rôle professionnel, l'infirmier applique la prescription médicale, tout en restant personnellement responsable de ses actes professionnels (Art. R. 4312-32) et de ses décisions.

L'évocation d'une situation professionnelle qui s'est déroulée alors que la débutante était seule le premier jour de travail, décrit la première confrontation professionnelle au médecin du service :

Après mon mois d'intégration, où du coup j'ai été confronté moi directement au médecin, donc ce premier jour j'étais de l'après-midi, donc je faisais les entrées, donc j'ai pu faire les entrées. Moi j'étais avec le binôme aide-soignante, et elle a pu me demander comment je procède. [...] Où j'ai pu prendre des décisions, où j'ai été confronté au médecin, au médecin qui pose des questions sur les patients, qui est arrivé, prendre la prise en charge toute seule du patient du début, répondre aux questions du patient (Katie, IDE 1, EdE 1, ligne 43).

La reconnaissance institutionnelle peut être perçue par l'infirmière débutante lors des échanges verbaux et non verbaux (ici, le regard) avec le médecin du service. Elle évoque une situation qui illustre une reconnaissance de son changement de statut d'étudiant à infirmier.

(le médecin) parce qu'il me **parlait vraiment en tant que professionnelle**, voilà vraiment je me suis sentie [...] c'est qu'il avait confiance en moi, le fait que j'ai réussi à poser ma voie d'abord [...] car j'avais quand même un peu de pression et donc le fait d'y arriver, voilà, sans trembler, j'étais un peu fière de moi, voilà [**] et lui, **il m'a regardé comme si cela faisait un petit moment que j'étais dans la maison**, voilà, alors que ce n'était pas le cas et il le savait alors (Nicole, IDE 2, EdE 2, ligne 208).

La reconnaissance professionnelle émanant des médecins peut se traduire vis-à-vis du groupe professionnel des infirmiers, plus qu'à l'égard d'un seul infirmier.

Il y a beaucoup de médecins, d'internes, qui disent c'est vrai franchement sans vous les infirmiers, on est pas grand-chose. Parce que nous, ils nous disent, on écrit que le papier, on vous dit quoi faire, on vous guide, mais si vous n'étiez pas là, on ferait rien, il y aurait rien qui avancerait, et on serait un peu... on est leur bras droit en fait (Marc, IDE 3, EdE 3, ligne 268).

La reconnaissance professionnelle de la part des acteurs non mandatés par l'institution (équipe de soins) et mandatés (cadres et médecins) (De Ketele, 2011) peut prendre l'allure d'une **reconnaissance anticipée** par un stage de formation réalisé sur le lieu de la prise de poste. Cette reconnaissance anticipée favorise l'intégration du débutant. Le cas de Marc le démontre car en effet, il se sent intégré dans l'équipe des urgences. Cette intégration est exprimée en termes de complicité avec les membres de l'équipe interprofessionnelle.

Je connaissais déjà l'équipe, ils savaient ce que je valais, ils me connaissaient (Marc, IDE 3, EdE 3, ligne 30).

La reconnaissance assignée par les médecins : cas d'Anne

Anne évoque une situation professionnelle de gestion d'une urgence. Un patient se présentant dans le hall de l'hôpital fait subitement une crise et se retrouve à terre. L'alerte est donnée comme le prévoit la procédure et l'ensemble du personnel disponible des unités de soins accourt.

Les deux médecins sont restés là et nous (les infirmiers) demandaient de faire des choses, et du coup il relevait de mon service car il n'était pas hospitalisé, du coup, c'est moi qui me suis occupée, d'aller prendre des gants, de prendre la tension (Anne, IDE 4, EdE 4, ligne 152).

La reconnaissance institutionnelle du rôle de l'infirmière débutante, en poste sur l'unité de soins dans lequel va être hospitalisé le patient, renforce le sentiment d'appartenance professionnelle. Dans cette situation, on est face à une reconnaissance assignée (Jorro, 2009) par les médecins qui situent la néo-infirmière dans son rôle d'infirmière. Ils la reconnaissent à ce moment-là comme une infirmière de ce poste de travail et non pas, comme un sujet « Anne, une infirmière qui débute et vit un processus de transformation identitaire ». L'identité professionnelle est alors plutôt prescrite par des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ce mode d'injonctions s'appuie sur la distribution des rôles et des tâches dans une équipe. Il relève de la logique de la reconnaissance de la culture professionnelle (Thévenet & Neveu, 2002). Cette dernière est caractérisée par une référence à la culture d'établissement, à ses normes et valeurs. La situation montre ici une organisation des soins et de la collaboration se rapportant aux rôles prescrits et aux représentations que chacun se fait du rôle des autres acteurs professionnels, « *Il relève de ton service* » (EdE 4, ligne 185). Cette reconnaissance assignée entraîne une attitude très prescriptive dans certaines situations professionnelles, ici du médecin vis-à-vis de l'infirmière en poste.

Le médecin m'a demandé de lui prendre une glycémie, je suis allée chercher tout ce qui fallait pour prendre une glycémie, lui prendre une tension (Anne, IDE 4, EdE 4, ligne 161).

On est face à une posture de contrôle de la professionnalité par autrui, ici les médecins. La posture de contrôle d'une identité assignée réduit l'identité professionnelle de l'infirmière à celle d'une infirmière « exécutante ». Ce n'est pas le vécu de cette posture de reconnaissance assignée qui influence le sentiment identitaire de cette infirmière.

En effet, dans cette situation de prise en charge d'un patient dans une situation d'urgence, c'est surtout le rôle prescrit (non autonome) de l'infirmière qui est mobilisé. Le ton des médecins est alors très directif, sous la forme d'ordres vis-à-vis des infirmiers. Ils lui rappellent sa

responsabilité en tant qu'infirmière dans la prise en soins effective du patient. Ces attitudes et comportements s'appuient sur des protocoles et des procédures bien huilées, chaque membre de l'équipe sait ce qu'il a à faire, connaît son rôle exact et son niveau de responsabilité.

Les médecins m'ont dit « puisqu'il est de **ton** service, on va l'accompagner dans une chambre et on va l'allonger ; de toute façon, tu l'aurais vu en entretien, il relève de ton service » (Anne, IDE 4, EdE 4, ligne 185).

4. La posture de reconnaissance à l'égard de l'infirmier débutant par les collègues de travail, les bénéficiaires des soins, les stagiaires et les proches du débutant : cas de Katie, Nicole, Marc et Anne

Dans la verbalisation du vécu subjectif des débutants infirmiers, les acteurs non mandatés par l'institution (De Ketele, 2011) sont décrits. Il peut s'agir des collègues infirmières, des aides-soignantes, des patients, des stagiaires et aussi, de la famille et des proches du débutant lui-même. La sphère personnelle intervient dans la reconnaissance professionnelle dans la mesure où le sujet est influencé par la reconnaissance des personnes qui ont de la valeur à ses yeux. Erikson (1968, p. 173) évoque « l'assurance intérieure d'une reconnaissance anticipée de la part de ceux qui comptent » comme faisant partie des sentiments pouvant être éprouvés personnellement par le sujet lorsque celui-ci déploie un sentiment identitaire optimal.

Le sentiment optimal de l'identité est, d'autre part, vécu simplement comme un bien-être psychosocial. Ses concomitants les plus manifestes sont le sentiment d'être chez soi dans son corps, le sentiment de « savoir où on va » et l'assurance intérieure d'une **reconnaissance anticipée de la part de ceux qui comptent** (Erikson, 1968, p. 173).

L'infirmière débutante peut s'avérer être une ressource pour l'aide-soignante dans la collaboration. Cette présence professionnelle, témoin de ses capacités, peut déclencher la reconnaissance de l'infirmier débutant vis-à-vis de lui-même. De même, la démonstration aux collègues de travail de ses capacités professionnelles renforce la reconnaissance.

Je faisais les entrées, donc j'ai pu faire les entrées. Moi j'étais avec le binôme aide-soignante, et elle a pu me demander comment je procède. Moi j'étais là en premier plan, pour parler au patient [...] (Katie, IDE 1, EdE 1, ligne 45).

Ben, j'étais capable [**] parce que quand on est assis dans un bureau et qu'on mène des entretiens, c'est du travail infirmier. Mais là [/] gérer une urgence, **montrer qu'on est capable**, ça c'est bien (Anne, IDE 4, EdE 4, ligne 269).

La reconnaissance des acteurs de l'équipe lui confère une place d'infirmière dans l'équipe. Demander l'avis de l'infirmière débutante, c'est la considérer comme appartenir à l'équipe pluridisciplinaire, qu'elle a un rôle à jouer dans la prise en charge du patient, qu'elle participe aux décisions prises concernant celui-ci.

C'était lors des réunions quand on me demandait aussi **mon avis**, pour changer certaines choses (Nicole, IDE 2, EdE 2, ligne 238).

Là il y avait le psychologue (...) on avait peur qu'il (le patient) refasse une tentative de suicide. Et donc **il m'avait demandé mon autorisation** à moi, si on lui prenait un téléphone sans fils, si voilà, avec les médecins bien sûr (...). Mais c'est vraiment le médecin et moi qui avons décidé. Du coup c'était tout bête, mais le **fait qu'on m'ait demandé mon avis**, voilà je me suis sentie un peu importante aussi [**] dans les décisions à prendre (Nicole, IDE 2, EdE 2, ligne 264).

La reconnaissance de la famille et des proches de l'infirmier débutant : vécu de Katie et d'Anne

La reconnaissance professionnelle passe aussi par des autres significatifs qui renvoient au débutant infirmier des signes de reconnaissance. Cette reconnaissance par la famille et les proches du débutant infirmier influence également la reconnaissance de soi par soi.

La reconnaissance des proches inscrit le débutant infirmier dans une place professionnelle aux yeux de sa famille mais aussi de l'infirmier lui-même.

J'ai pris le rôle d'infirmière réellement, on va dire dans le privé, c'est vrai que tous les regards étaient tournés vers moi ». « A la base, (mon père) il ne devait pas rester dans le service d'à côté mais moi je voulais qu'il soit là, ouais, moi j'ai pris ce rôle naturellement, euh, auprès des médecins qui s'occupaient de lui. C'est mon père qui m'a rappelé dix minutes après. Ben, c'est bon, je sais pas ce que tu as dit, mais je reste là [**] (Katie, IDE1, EdE1, ligne 188).

Mon entourage était très fier pour moi, j'ai eu beaucoup de félicitations, le titre d'infirmière c'est bien ; Il y a eu mon cousin qui a appelé pour avoir un conseil, c'est plutôt flatteur, mais en même temps je n'aurais pas ça tous les jours non plus. Être plus dans le conseil, et je ne suis pas infirmière libérale, je ne suis pas médecin non plus et du coup, chacun son rôle, après être infirmière de toute la famille, pas moi (Anne, IDE4, EdE4, ligne 347).

La reconnaissance des étudiants à l'égard du débutant infirmier

Les étudiants infirmiers présents sur le service mettent l'infirmière débutante à sa place d'infirmière, responsable de leur encadrement. Ils sollicitent l'infirmière pour les accompagner dans leurs apprentissages.

Mais après parfois j'ai des doutes, est-ce que je fais les choses bien ; même avec les élèves parce qu'en ce moment, il y en a une de troisième année, je sens vraiment que je suis passée à un autre statut [...]. **Parce qu'elle me demande de l'aiguiller aussi**, et je me dis que je ne suis plus étudiante et que je dois être capable de l'encadrer. Et là aussi on se rend compte qu'on est infirmière qu'on a des responsabilités. Bien qu'on en avait aussi avant mais on se sentait quand même plus épaulé, et là, même si on est épaulé, c'est une équipe, mais voilà c'est encore autre chose (Nicole, IDE2, EdE2, ligne 325).

Dans ce second exemple, la reconnaissance de la part des étudiants, des élèves ou des stagiaires n'est pas verbalisée par la débutante. Cependant, la situation d'encadrement mobilise chez elle son système de valeurs « *c'est super important pour moi* » (EdE 8 ligne 340) et déclenche un sentiment d'identité professionnelle.

Hier soir, j'ai pris le temps, il y avait deux étudiants infirmiers, je les ai pris avec moi, ça aussi ça a été reproché, mais ce n'est pas grave. Ils avaient pratiqué très peu de soins, ils avaient l'occasion de poser une sous cut chacun, et [...]. Donc oui, **je peux me sentir infirmière en encadrant**, oui c'est super important pour moi, ou prendre en charge deux étudiants qui peuvent être à l'école, en bac pro (Vivianne, IDE 8, EdE 8, ligne 338).

Reconnaissance de l'infirmier en tant que débutant

Cette reconnaissance de la spécificité des débuts n'apparaît que dans la situation de Nicole. Les infirmières plus expérimentées reconnaissent l'infirmière débutante en tant **qu'infirmière**, et spécifiquement en tant **qu'infirmière nouvellement diplômée**. Il s'agit de la reconnaissance par des autrui significatifs de la professionnalité spécifique du débutant.

(L'infirmière expérimentée) elle me dit je comprends tu es nouvelle, on a toutes débuté (Nicole, IDE2, EdE2, ligne 97).

5. La posture de reconnaissance déclenchée par le débutant infirmier sur lui-même : cas de Katie et Marie

La présentation de soi en tant qu'infirmier

Voilà, donc ce jour-là un patient qui rentrait des urgences, j'ai fait la prise en charge seule, rien que **le fait de se présenter, voilà je suis Katie et je suis l'infirmière**, rien que ça c'était quelque chose. Au début, je sais que le premier mois ça m'arrivait de dire, je suis l'étudiante infirmière. Et là non, à partir du moment où j'ai été toute seule, ça venait naturellement, Katie l'infirmière, rien que cette petite phrase, ça a l'air tout bête, mais pour moi, ça prenait sens. Enfin ça avait pris **tout son sens quand je me suis retrouvée toute seule**, et le patient forcément c'est vers moi qu'il se retournait, car c'était moi l'infirmière, la seule, et voilà et que j'ai pu répondre à ses requêtes, oui c'est là que je me suis sentie infirmière, ouais je me suis dit je ne suis plus étudiante (Katie, IDE1, EdE1, ligne 64).

L'infirmier débutant n'est plus dans le personnage (Goffman, 1973) de l'étudiant infirmier, dans la « silhouette habituellement avantageuse, destinée à mettre en évidence l'esprit, la force et d'autres solides qualités » (Ibid., p. 238) mais il est dans l'acteur, « artisan infatigable des impressions d'autrui, engagé dans d'innombrables mises en scène de la vie quotidienne » (Ibidem., p. 238). Il choisit dans ses débuts professionnels une présentation de soi (c'est-à-dire de son Moi) qui lui convient et qui permet de donner sens à son rôle auprès du patient et dans le groupe professionnel. Pour nous, ce passage du personnage à l'acteur « qui détient l'aptitude à apprendre et l'exerce dans l'apprentissage d'un rôle » (Ibidem., p. 239) lui permet de prendre une place professionnelle et de construire sa posture professionnelle. Cette phase est préparatoire à celle d'être ou de devenir « sujet » de sa vie professionnelle, dans des dimensions intrinsèques. C'est bien la structure des relations sociales (ici professionnelles) qui permet au Moi de se réaliser **sujet débutant** en donnant du sens à ce que le débutant réalise dans des situations réelles d'interactions avec le patient, le bénéficiaire des soins ou les autres professionnels. A partir de la présentation de soi dans la situation d'interaction, le sujet

débutant s'affirme en tant qu'infirmier débutant et influence largement les représentations qu'autrui a de lui. Cette présentation de soi ferait partie du processus de construction identitaire professionnelle.

La réussite de ses actions professionnelles influence positivement sa propre reconnaissance professionnelle. Cette réussite est conjuguée avec le feed-back du patient à propos de cette capacité de soins. La reconnaissance du patient influence la reconnaissance professionnelle par l'infirmier lui-même.

J'ai eu sa veine du premier coup, et je lui ai dit ça y est, elle m'a dit « vous avez piqué », dis donc mais vous êtes la première à avoir ma veine du premier coup, et là, eh oui [/]. (La patiente) dit : « ça y est, vous avez réussi à me piquer » (Katie, IDE1, EdE1, ligne 161).

Moi j'étais là en premier plan, pour parler au patient, moi ma **peur de me retrouver seule**, c'est de ne pas pouvoir répondre aux questions du patient. Mais là c'était une situation simple, et au final, j'étais contente car **j'avais réussi** et je suis ressortie de la chambre du patient en étant satisfaite, de mon entretien avec lui, car j'avais **pu répondre à toutes ses questions**, et je me sentais [...] avec un soulagement, je l'ai fait (Katie, IDE1, EdE1, ligne 111).

Une personne de l'équipe pluridisciplinaire, l'aide-soignante et le bénéficiaire des soins, le patient, permettent à Katie de **se sentir infirmière**. Katie décrit qu'elle **s'est sentie** infirmière le premier jour où elle a travaillé seule en tant qu'infirmière après le mois d'intégration à son poste de travail. C'est d'une part la confrontation directe au médecin, d'autre part le fait de pouvoir montrer à l'aide-soignante qu'elle était capable de réaliser l'entrée d'un patient qui a influencé son ressenti. La reconnaissance professionnelle s'est concrétisée dans la prise en soins du patient dès l'accueil, et dans la capacité de répondre de façon autonome à ses questions. Ces actions professionnelles se sont déroulées devant un collègue de travail.

La posture de reconnaissance déclenchée par soi sur soi : cas de Marie

Marie (IDE 6) a commencé par travailler dans un service de maladies infectieuses pendant 15 jours, elle est en poste en chirurgie depuis. Elle est diplômée depuis quatre mois environ. Au bout de 9 mois, elle obtient le poste en psychiatrie qu'elle souhaite. La période d'intégration a duré 15 jours.

La posture de l'infirmière débutante Marie est emblématique d'une posture de reconnaissance par le sujet sur lui-même. Ce qui est spécifique ici c'est que cette reconnaissance du sujet est

déclenchée par lui-même. Les signes de reconnaissance provenant des acteurs mandatés ou non par l'institution sont inexistants dans la verbalisation du vécu subjectif des débuts professionnels de l'infirmière débutante. Elle construit son identité professionnelle à partir de ressources très personnelles, notamment issues de son histoire de vie. La reconnaissance du soi professionnel infirmière par la débutante elle-même est repérable dans son discours.

La situation professionnelle verbalisée porte sur une prise en soins de deux patients pour des plaies à la suite de brûlures. Sa relation professionnelle est centrée sur la personne soignée. Elle décrit son action infirmière grâce à des détails choisis dans le registre des affects et des ressentis de la personne soignée. Les valeurs professionnelles qui guident ses interventions et sa démarche clinique sont celles du respect, de la bienveillance et de la personnalisation des soins.

En termes de reconnaissance, Marie se reconnaît elle-même infirmière dans sa capacité de gérer la situation de façon autonome et de prendre les décisions professionnelles qu'il convient.

Car c'est **moi** qui gère, qui gère mon pansement, qui décide de curer telle partie ou pas, c'est mon rôle quoi. Je suis vraiment dans mon rôle, je suis dans ma fonction (Marie, IDE6, EdE6, ligne 212).

Concernant la reconnaissance institutionnelle et attribuée par les acteurs (De Ketele, 2013), Marie ne perçoit pas de signes de reconnaissance des acteurs mandatés ou non par l'institution.

La sédimentation théorique de cette recherche a permis une analyse du vécu de la reconnaissance professionnelle chez les huit infirmiers débutants, en explorant les types, les logiques, les formes et les acteurs de la reconnaissance. Nous rejoignons l'idée que la reconnaissance perçue par le professionnel lui-même serait la plus importante (De Ketele, 2011), en précisant ici l'objet de son importance c'est-à-dire son influence sur le sentiment identitaire professionnel. L'influence sur le sentiment identitaire professionnel est provoquée par la reconnaissance de soi par soi, dans un processus d'identification, d'attestation et d'imputation (Ricœur, 2004). La partie suivante traite de cet aspect.

Chapitre 3 : L'émergence du sentiment identitaire professionnel

Dans ce troisième chapitre d'analyse, nous développons l'émergence du sentiment identitaire professionnel chez les débutants infirmiers. Cette démarche d'analyse s'appuie sur l'étude des vécus de référence des débutants, des situations jugées significatives par les débutants et des formes de verbalisation récurrentes dans les entretiens. Au regard de l'hypothèse de recherche 3 d'après laquelle la construction de la professionnalité du débutant infirmier est en interdépendance avec le sentiment identitaire, l'hypothèse opérationnelle c) est : ***Le sentiment identitaire professionnel permet à la professionnalité du débutant de se développer.***

1. De la dynamique identitaire professionnelle au déploiement du sentiment identitaire professionnel : étude des vécus de référence de débutants

Chaque infirmier présente une dynamique identitaire complexe et instable qui fait l'objet d'un travail identitaire de construction, destruction et reconstruction de soi (Kaddouri, 2006). Dans les dynamiques d'inscription du projet de soi pour soi (Ibid., 2002), sont repérés quatre types de dynamiques identitaires : de continuité identitaire (projet d'entretien de Soi, projet de préservation de Soi), de transformation identitaire (projet d'atteinte du Soi visé dont le rapprochement procure un sentiment de plaisir et de bonheur), de gestation identitaire (projet de confirmation de Soi, projet de reconstruction de Soi, projet de redéfinition de Soi) et d'anéantissement identitaire (vécu subjectif de leur Soi « de façon dramatique et déstructurante » (Ibid., 2002, p.40) qui amène le sujet à avoir une image négative de lui-même).

Les débuts professionnels peuvent être caractéristiques d'une transaction identitaire (Dubar, 1991) nécessaire à la légitimation du sujet en tant que professionnel par lui-même et par autrui. Les sujets sont alors inscrits dans une démarche identitaire, sans forcément en avoir conscience, mais dans l'intention cependant d'être reconnus en tant que professionnel. Les contours de l'identité professionnelle restent pour le débutant flous, même si celle-ci n'aboutira jamais à une forme figée mais toujours évolutive. Cette « démarche ou transaction identitaire vise l'assise d'un Soi non encore stabilisé » (Kaddouri, 2002, p. 39).

Parmi les trois formes des dynamiques identitaires précitées, le projet de confirmation de Soi caractérise le professionnel débutant qui vit dans la confrontation professionnelle la nécessité de faire reconnaître une identité insuffisamment ou nouvellement acquise. La recherche d'indices de reconnaissance chez les autres professionnels n'est pas nouvelle cependant, car elle prolonge celle vécue en tant que stagiaire infirmier en formation professionnelle en alternance. Le projet de confirmation identitaire répond à un décalage entre « identité pour Soi » et « identité pour autrui ». C'est ainsi que le débutant se retrouve dans une quête de reconnaissance dans ses débuts professionnels, de la part de ses pairs, de son institution mais aussi d'autres autrui significatifs (comme le patient, par exemple). Son niveau de dépendance aux autrui significatifs est souvent lié aux capacités de ressources mobilisées dans cette confirmation identitaire. Enfin, cette forme de dynamique identitaire comme un projet de confirmation identitaire peut faire connaître au sujet des doutes et des appréhensions. Les débutants incarnent cette dynamique. Nous avons décrit précédemment que les débutants infirmiers mobilisent aussi des ressources personnelles (ou identitaires) pour s'intégrer professionnellement.

Dans les débuts professionnels, un passage identitaire entre stagiaire-étudiant infirmier et infirmier diplômé est franchi par l'infirmier nouvellement diplômé. Dans ce moment de passage identitaire, autrement dit dans la transition entre stagiaire et infirmier, l'infirmier déconstruit progressivement son image d'étudiant pour construire celle d'infirmier. La forme la plus visible de la dynamique identitaire se voit dans l'action du professionnel débutant où il fait des choix, prend des décisions et influence donc le développement de sa posture professionnelle (et identitaire).

Le recours à la dynamique identitaire pour comprendre le vécu subjectif du sujet en quête de reconnaissance de sa professionnalité émergente mérite d'être complétée par une approche mettant en avant l'importance du **processus de subjectivation qui permet au débutant de**

devenir professionnel. En effet, devenir professionnel implique des processus mobilisés dans la sphère intime voire intrinsèque du sujet. L'incarnation de la dynamique identitaire individuelle par le sujet dans un parcours biographique bien spécifique par le sentiment identitaire du professionnel débutant permet de décrire dans sa complexité le vécu subjectif des débuts.

2. De l'évocation des situations significantes des débuts professionnels par le débutant infirmier au déploiement du sentiment identitaire professionnel

2.1. La réduction phénoménologique des situations significantes : proposition de modélisation

Au-delà de narrer une situation significative, c'est-à-dire qui a du sens pour le sujet narrateur, le recours à l'explicitation par le chercheur permet l'évocation par le sujet d'une situation importante à ses yeux et vécue dans ses débuts professionnels. Nous y portons un intérêt tout particulier en termes de verbalisation d'une situation professionnelle qui peut dévoiler une forme ou dynamique identitaire du sujet.

L'effet de la **réduction** successive autour d'une ou plusieurs situations verbalisées par le sujet a comme résultat une « **vignette du sentiment identitaire professionnel** » de quelques lignes, isolée sous chaque extrait d'entretiens. Chaque extrait est dépouillé des relances du chercheur (se référer aux annexes 4, 5 et 6, pour les entretiens complets). Nous ne considérons pas ici la réduction dans son acception courante de la simplification, de la réduction de la complexité d'un agir humain, et dont parfois les actes sont réduits à leurs résultats. La réduction est abordée ici dans le sens de la phénoménologie (à l'appui de Husserl, 1950) qui consiste à suspendre notre jugement intuitif porté sur des actions habituelles et connues pour y rechercher le sens caché. La réduction permettrait de faire apparaître des aspects non conscientisés d'une expérience vécue. La vignette du sentiment identitaire professionnel proposée pour chaque répondant-sujet débutant-est le témoin de la **réduction phénoménologique, réalisée par le chercheur dans une posture psychophénoménologique, s'appuyant sur les données de verbalisations obtenues lors**

d'un accompagnement non inductif de la verbalisation de l'action subjective dans une situation spécifiée.

Notre choix méthodologique de la réduction phénoménologique permet de poursuivre la dynamique engagée par le sujet lors de l'évocation, c'est-à-dire de procéder à une réduction de ce qui est apparu au sujet lors de l'entretien d'explicitation, à des dimensions du vécu subjectif de l'action qui ont été accessibles à la conscience dans une situation spécifiée et singulière. Elle montre ici l'intérêt des verbalisations recueillies en entretien d'explicitation autour d'un moment spécifié des débuts professionnels d'un sujet. Elle peut rendre compte de l'incarnation par le débutant de ce qui fait sens dans sa pratique professionnelle. Cette réduction phénoménologique met à jour des logiques internes subjectives du sujet en termes de dynamiques identitaires. Elle apporte un éclairage sur le sentiment profond identitaire professionnel du débutant en question. Nous préciserons celui de chaque répondant et la force de certains de ses composants pour mener des actions et prendre des décisions dans l'action professionnelle.

De plus, le choix de nommer les situations professionnelles « signifiantes » pour le débutant infirmier permet de mettre en valeur la composante du langage (consciente ou inconsciente) qui oriente le devenir d'un individu, ses discours et ses actes. Le signifiant est « l'élément significatif du discours (conscient ou inconscient) qui détermine les actes, les paroles et la destinée d'un sujet et à la manière d'une nomination symbolique » (Roudinesco & Plon, 2011, p. 1452). Ce choix rejoint notre posture psychophénoménologique qui se propose d'explorer des moments de pratique professionnelle jugés signifiants par le sujet lui-même et de proposer un décryptage de sens (Faingold, 2011) dans la recherche du sens, des valeurs, des croyances et des dynamiques identitaires incarnés dans la pratique professionnelle. Entre les moments du parcours et ceux de pratique professionnelle choisis, « il y a des liens, rendus lisibles par la récurrence des mêmes mots, des mêmes expressions et/ou des mêmes gestes » (Faingold, 2001, p.43).

Le travail d'analyse porte sur 14 situations spécifiées des débutants infirmiers interrogés. Seize réductions phénoménologiques sont proposées sous forme de vignettes. La méthodologie de traitement suit la modélisation de la réduction phénoménologique, décomposée en 7 étapes, comme proposée ci-dessous.

i)	Relever dans les verbatim (EdE) une ou deux situations verbalisées et significantes pour le sujet débutant
ii)	Faire un focus sur l'action explicitée et sur l'évocation
iii)	Donner un titre à la situation relevée
iv)	Repérer la temporalité de la situation
v)	Repérer la dynamique identitaire en jeu
vi)	Décrire le ou les composants du sentiment identitaire mobilisés dans la situation
vii)	Délimiter la force du sentiment identitaire de l'infirmier débutant

Tableau 11 : Modélisation de la réduction phénoménologique.

Dans les huit sous-parties suivantes, les verbalisations des huit infirmiers débutants sont analysées d'après la modélisation de la réduction phénoménologique construite. Sont présentés successivement l'extrait de l'entretien d'explicitation sur lequel s'appuie l'analyse, la ou les vignettes identitaires, les sentiments identitaires majoritairement mobilisés et leur poids au regard de la dynamique identitaire. Pour certains infirmiers débutants, l'analyse porte sur plusieurs extraits d'entretiens.

L'analyse montre un point commun à l'ensemble des situations verbalisées par les débutants infirmiers : **celui de vivre pour la première fois la situation professionnelle en autonomie.**

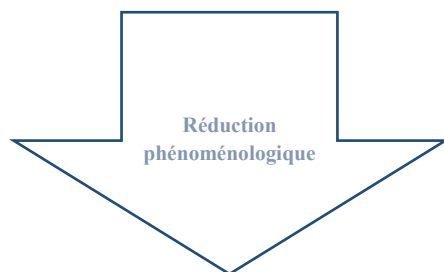
2.1.1. Katie

Katie, l'infirmière débutante en service de soins en oncologie, travaille depuis 4 mois au moment de l'entretien d'explicitation (phase 2 de l'étude longitudinale). L'analyse porte sur deux extraits d'entretien. Le premier extrait de l'entretien d'explicitation mené avec Katie est présenté ci-dessous à partir de la ligne 64. Seuls les verbatim de Katie y figurent, les relances du chercheur n'apparaissent pas.

Extrait 1 - IDE 1 - Katie - EdE 1 (ligne 64). Voilà, donc ce jour-là un patient qui rentrait des urgences, j'ai fait la prise en charge seule, rien que le fait de se présenter, voilà je suis Katie et je suis l'infirmière, rien que ça c'était quelque chose. Au début, je sais que le premier mois ça m'arrivait de dire, je suis l'étudiante infirmière. Et là non, à partir du moment où j'ai été toute seule, ça venait naturellement, Katie l'infirmière, rien que cette petite phrase, ça a l'air tout bête, mais pour moi, ça prenait sens. Enfin ça avait pris tout son sens quand je me suis retrouvée toute seule, et le patient forcément c'est vers moi qu'il se retournait, car c'était moi l'infirmière, la seule, et voilà et que j'ai pu répondre à ses requêtes, oui c'est là que je me suis sentie infirmière, ouais je me suis dit je ne suis plus étudiante. Ensuite, la prise en charge, donc faire le recueil de données. J'arrive avec l'aide-soignante dans la chambre du patient.

Hum, moi dans le service, quand les patients arrivent, ils sont souvent installés par les brancardiers dans les chambres. Et moi j'arrive. Moi, j'arrive avec l'aide-soignante, donc là je me présente, je me présente et l'aide-soignante pareil [/] et elle prend les constantes pendant que moi, je remplis le dossier avec le patient, avec tout le recueil de données. Il y a un échange, je suis en train de lui poser des questions. Après je lui explique que le médecin va venir pour le voir afin qu'on puisse établir le plan de soin, je lui explique que pour l'instant, je vais m'appuyer, par rapport à ses médicaments et tout ça, je vais m'appuyer sur la prescription des urgences, mais que le médecin va passer l'après-midi. Je lui explique comment va se passer la journée pour lui. Moi dans l'échange, ce qui se passe, je ne fais même plus la différence quand j'étais en observation, enfin [/] en binôme avec l'infirmière. Moi j'étais là en premier plan, pour parler au patient, moi ma peur de me retrouver seule, c'est de ne pas pouvoir répondre aux questions du patient. Mais là c'était une situation simple, et au final, j'étais contente car j'avais réussi et je suis ressortie de la chambre du patient en étant satisfaite, de mon entretien avec lui, car j'avais pu répondre à toutes ses questions, et je me sentais... Oui avec un soulagement, je l'ai fait. Oui je ne sais pas le fait de m'être retrouvée réellement face au patient en tant qu'infirmière, c'était par rapport à m'être trouvée seule face au patient, oui dans ma tête, c'était ça. Oui pour moi, c'est important, parce que pendant mon mois d'intégration, j'étais dans ma tête encore un peu perdue entre « est-ce que je suis encore en stage », entre être infirmière ou élève, car pendant le mois d'intégration, on compte encore beaucoup sur le fait, si j'ai une question, j'ai toujours l'infirmière qui m'encadrerait, oui mais là c'était moi qui devait être responsable devant le patient, c'est un peu ma peur. Oui je suis ressortie avec un *soulagement en me disant [**], je peux le faire, c'est ça, je peux le faire.*

Nous proposons la réduction phénoménologique suivante à partir de cet extrait.



J'arrive avec l'aide-soignante, donc là je me présente, je me présente et l'aide-soignante pareil [/] et elle prend les constantes pendant que moi, je remplis le dossier avec le patient, avec tout le recueil de données. Il y a un échange, je suis en train de lui (le patient) poser des questions. Après je lui explique que le médecin va venir pour le voir afin qu'on puisse établir le plan de soin, je lui explique que pour l'instant, je vais m'appuyer, par rapport à ses médicaments et tout ça, je vais m'appuyer sur la prescription des urgences, mais que le médecin va passer l'après-midi. Je lui explique comment va se passer la journée pour lui.

Figure 2 : Réduction phénoménologique 1 - Extrait 1 - IDE 1

L'infirmière débutante prend en charge de façon autonome un patient pour la première fois, elle procède à l'accueil et au recueil de données. La dynamique identitaire en tant que totalité complexe, soumise à des remaniements permanents et constituée de composantes complémentaires et interactivement conflictuelles (Kaddouri, 2006) est celle d'une infirmière

professionnelle débutante qui accueille un patient pour la première fois en autonomie. Cette action professionnelle révèle son rôle propre ou autonome et son rôle sur prescription médicale. (*titre réduction 1 IDE 1 : prise en soin un patient de façon autonome en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui s'appuie sur la prescription médicale ; IDE qui rassure et qui explique au patient*). Dans sa dynamique identitaire déployée, la présentation de soi en tant que professionnelle est présente et reprise dans la réduction phénoménologique 2 ci-dessous (*titre réduction 2 - IDE 1 : présentation en tant qu'infirmière auprès d'un patient ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : infirmière qui est responsable face au patient*). Elle se présente en tant qu'infirmière (présentation de Soi, Goffman, 1974), mais aussi dans une collaboration effectivement médicale.

J'ai fait la prise en charge seule, rien que le fait de se présenter, voilà je suis Katie et je suis l'infirmière, rien que ça c'était quelque chose. Au début, je sais que le premier mois ça m'arrivait de dire, je suis l'étudiante infirmière. Et là non, à partir du moment où j'ai été toute seule, ça venait naturellement, Katie l'infirmière, rien que cette petite phrase, ça a l'air tout bête, mais pour moi, ça prenait sens. C'était moi qui devait être responsable devant le patient, c'est un peu ma peur. Oui je suis ressortie avec un soulagement en me disant [**], je peux le faire, c'est ça, je peux le faire.

Figure 3 : Réduction phénoménologique 2 - Extrait 1 - IDE 1

L'infirmière débutante endosse le rôle de l'infirmière qui rassure en expliquant au patient l'organisation et le déroulé des soins. La notion de **responsabilité professionnelle** émerge dans son discours, liée à une prise de conscience du poids de cette dimension professionnelle sur le terrain.

Le second extrait d'entretien sur lequel s'appuie notre analyse est le suivant. La réduction phénoménologique met au jour le sentiment d'être capable (*titre réduction 3 - IDE 1 : réussite dans l'action complexe en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui est capable*).

Extrait 2-IDE 1 - Katie - EdE 1 (ligne 161). Et puis, je l'ai piqué, et j'ai eu sa veine du premier coup, et je lui ai dit ça y est, elle m'a dit « vous avez piqué », dis donc mais vous êtes la première à avoir ma veine du premier coup, et là, eh oui [/]. Je suis assise, à la fin du prélèvement, je prends le dernier tube, et elle dit : « ça y est, vous avez réussi à me piquer ». Oui, je pense que j'ai souri. J'ai juste souri en étant, en disant oui oui c'est fini, oui devant elle, je n'ai pas trop [...]. C'est après, quand je suis sortie de la chambre que je me suis dit « oh c'est vraiment... ». Une expression de joie, oui contente. Non, euh, non, ça a été après, quand je suis arrivée chez moi, ça a été la première chose que j'ai racontée à mes parents, oui je n'ai

pas pu en parler tout de suite. Oui je suis super contente, elle m'a dit que les autres ne réussissaient pas, j'avais trop peur de rater, au final j'ai réussi, vraiment super contente. Oui oui là je suis l'infirmière, c'est ça.

Vous êtes la première à avoir ma veine du premier coup, et là, eh oui [/]. Je suis assise, à la fin du prélèvement, je prends le dernier tube, et elle dit : « ça y est, vous avez réussi à me piquer ». Là je suis l'infirmière.

Figure 4 : Réduction phénoménologique 3 - Extrait 2 - IDE 1

L'infirmière Katie montre ici une dynamique identitaire de transformation par la réussite dans l'action. Ainsi peut se développer chez elle le sentiment identitaire professionnel avec une prise de conscience de sa capacité de faire (en référence à Ricœur, phénoménologie de l'homme capable, p.137-163). Ici l'infirmière se reconnaît elle-même infirmière. En référence au parcours de la reconnaissance (Ricœur, 2004), l'étape qui consiste à se reconnaître soi-même est incontournable. Tout comme Arthur Rimbaud qui écrit « Je me suis reconnu poète » (Lettre à Georges Izambard, 13 mai 1971, cité par Ricœur, 2004, p.107), l'infirmière débutante Katie se reconnaît elle-même infirmière.

Le sentiment identitaire de Katie

Les vignettes identitaires construites par le chercheur mettent au jour la mobilisation des composants du sentiment identitaire par la débutante pour faire face à la situation. Ces deux situations montrent le déploiement des sentiments de **différence** (elle se présente en tant qu'infirmière, et non plus en tant qu'étudiante infirmière), d'**autonomie** (se sent capable de faire, de remplir son rôle infirmier, elle ne se réfère plus à l'infirmière tutrice comme quand elle était stagiaire), d' (à une équipe soignante dans sa relation professionnelle avec l'aide-soignante et à une équipe médicale, en référence dans son discours au médecin) et de **confiance** (capacité de confiance en elle-même dans la réalisation d'actions professionnelles auprès du patient). Les sentiments de confiance et d'autonomie sont fortement mobilisés dans les situations vécues. Le sentiment de **valeur personnelle** se développe dans la réussite de l'action professionnelle technique et pouvant présenter des difficultés de réalisation.

De cette analyse, la force du sentiment identitaire de Katie déployé dans **le sentiment de valeur personnelle** permettrait de développer son sentiment identitaire professionnel.

2.1.2. Nicole

Nicole, l'infirmière débutante en service de gériatrie, travaille depuis 3 mois au moment de l'entretien d'explicitation (phase 2 de l'étude longitudinale). L'analyse porte sur deux extraits d'entretien. Le premier extrait de l'entretien d'explicitation mené avec Nicole est présenté ci-dessous à partir de la ligne 189.

Extrait 1 - IDE 2 – Nicole - EdE 2 (ligne 189). Elle (la patiente) me dit "ça tourne, ça tourne", elle essaye, donc j'ouvre un petit peu les fenêtres, oui donc, elle n'était pas forcément rassurée par rapport [**], justement dans les débuts, par rapport au plafond. Donc moi, je lui dis de fermer les yeux et que ça irait mieux, et c'est ce qu'elle avait fait. Donc après il y a eu le médecin, voilà il a fallu ... on a fait les hémocultures. Voilà, exactement, et puis après j'ai mis une voie d'abord, voilà. C'était pas vraiment [**] pas la grande urgence non plus, mais à ce moment-là je me suis sentie quand même...Oui exactement, parce qu'il (le médecin) me parlait vraiment en tant que professionnelle, voilà vraiment je me suis sentie. En fait, c'est qu'il avait confiance en moi, le fait que j'ai réussi à poser ma voie d'abord, alors qu'il y avait un autre professionnel là, moi ça me stressait qu'il y ait un autre professionnel là. Voilà que j'avais réussi à le faire. Mine de rien, car j'avais quand même un peu de pression et donc le fait d'y arriver, voilà, sans trembler, j'étais un peu fière de moi, voilà [**] et lui, il m'a regardé comme si cela faisait un petit moment que j'étais dans la maison, voilà, alors que ce n'était pas le cas et il le savait alors [...] voilà, non.

Elle me dit "ça tourne, ça tourne", elle essaye, donc j'ouvre un petit peu les fenêtres, oui donc, elle n'était pas forcément rassurée par rapport [], justement dans les débuts, par rapport au plafond. Je lui dis de fermer les yeux et que ça irait mieux, et c'est ce qu'elle avait fait. Donc après il y a eu le médecin, on a fait les hémocultures. J'ai mis une voie d'abord, voilà. C'était pas vraiment le grand [**]. Pas la grande urgence non plus, mais à ce moment-là je me suis sentie quand même [...]**

Figure 5 : Réduction phénoménologique 4 - Extrait 1 - IDE 2

La réduction phénoménologique montre l'infirmière débutante prenant en charge une urgence de façon autonome (*titre réduction 4 - IDE 2 : prise en charge d'une patiente en autonomie en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui est dans son rôle professionnel autonome (prise de décision, autonomie), IDE qui est capable de poser une voie d'abord en situation d'urgence*).

Un second extrait a complété l'analyse du sentiment identitaire de Nicole.

Extrait 2 - IDE 2 - Nicole - EdE 2 (ligne 264). Donc là il y avait la psychologue qui nous demandait s'il y avait la possibilité quand même qu'il ait un téléphone, parce qu'on évitait tout ce qui était à fils, le téléphone, à fils, les sonnettes. Et on ne voulait pas qu'il ait quand même accès car on avait peur qu'il refasse une tentative de suicide. Et donc il m'avait demandé mon autorisation à moi, si on lui prenait un téléphone sans fils, si voilà, avec les médecins bien sûr,

c'est le médecin et moi de voir, de prendre une solution, de choisir qui avait pris la décision de lui donner ou pas un téléphone, le mettre dans un socle le temps de la charge. Mais c'est vraiment le médecin et moi qui avons décidé. C'était triste qu'il n'avait même pas de contact avec sa famille qui était loin. Du coup c'était tout bête, mais le fait qu'on m'ait demandé mon avis, voilà je me suis sentie un peu importante aussi [**] dans les décisions à prendre et euh. Oui il y avait la psychologue, le médecin et moi, la psychologue s'est vraiment tournée vers moi à ce moment-là, mais bien sûr c'était tous et avec le médecin aussi mais c'était vers moi, et elle m'a dit "oui, voilà, qu'est-ce que vous en pensez [?] Parce que voilà par rapport à sa famille qui est loin, et moi je me suis dit bon. Au début, je me suis dit « oh là, il va falloir donner son avis », c'est pour ça que je lui ai demandé est ce que le téléphone est sans fils, et tout, tout ce qui est fils qui peut être dangereux, et après quand j'ai vu le téléphone, il était assez gros, je me suis dit qu'il ne pourrait pas l'avalier, [**] même si c'est dur d'avalier un téléphone [**]. Voilà [**], moi je me suis imaginé tous les cas de figures, les pires, et moi je me suis dit, ben, voilà, moi personnellement, moi j'ai donné mon aval, avant même que le médecin donne sa décision, et quand lui, il a dit « oui effectivement, je suis d'accord », ben là je me suis dit : « oh là là, c'est bien » [**] Ben, euh, voilà, que je peux prendre moi-même les décisions, sans attendre forcément, sans suivre.

Il a dit « oui effectivement, je suis d'accord », ben là je me suis dit : « oh là là, c'est bien ». Je peux prendre moi-même les décisions, sans attendre forcément, sans suivre.

Figure 6 : Réduction phénoménologique 5 - Extrait 2 - IDE 2

Ce second extrait a permis la réduction phénoménologique ci-dessus et a fait émerger le sentiment de valeur personnelle (*titre réduction 5 IDE 2 : prise de décision en tant qu'infirmière, en concertation interdisciplinaire ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui est dans son rôle autonome (prise de décision, autonomie).*

Sentiment identitaire de Nicole :

A nouveau, les vignettes du sentiment identitaire font émerger des composants du sentiment identitaire. Les sentiments d'**autonomie** (sentiment d'être capable, réussite dans l'action professionnelle technique), de **cohérence** (elle se sent à ce moment-là infirmière) et d'**unité singulière** (le MOI infirmier en pleine émergence « *Je me suis sentie... »*), d'**appartenance** (à une équipe, en référence à la collaboration avec le médecin « *on a fait les hémocultures* ») et de **valeur personnelle** (prise de décision et poids de son avis dans la concertation) se déploient chez la débutante pour permettre le développement du sentiment professionnel. La force du sentiment identitaire de Nicole se révélerait par le **sentiment d'autonomie**. Elle prend conscience de sa capacité à prendre des décisions de façon autonome et cette prise de conscience renforce son sentiment identitaire professionnel.

2.1.3. Marc

Marc, l'infirmier débutant en service des urgences, travaille depuis 3 mois au moment de l'entretien d'explicitation (phase 2 de l'étude longitudinale). L'analyse porte sur un extrait d'entretien présenté ci-dessous à partir de la ligne 171.

Extrait 1 - IDE 3 - Marc - EdE 3 (ligne 171). Moi ce jour-là, j'étais en salle de déchoquage, ils nous l'ont amené directement et là je me suis dit « c'est l'occasion ou jamais de faire tes preuves, de montrer ce que tu vaux à l'équipe », donc je n'ai pas hésité, j'ai sauté dessus, voilà. Déchoquage. D'habitude, on est prévenu par le SMUR, mais là comme c'est les pompiers. Et je vois qu'il y a le médecin, c'est le chef de service, il arrive et il me dit « il y a un arrêt ». C'est le médecin, chef de service, il arrive dans la salle de déchoquage où je suis, en fait, il y a quatre places, et il y avait deux patients, il y avait un patient je crois. Et il me dit « voilà, il y a un arrêt », et j'étais avec un autre médecin qui s'occupe de la salle de tri et de la salle de déchoquage, et il lui dit "et tu réagis que comme cela et tu vas pas voir ! », « ben si justement et j'ai besoin d'infirmiers, et de médecins ». Donc, directement, on court dans le sas d'accueil. Non ça c'est le côté médecine, en fait, il y a un chef de service. Et lui il était du côté, on appelle cela orange, du côté des patients hospitalisés, et il vient voir à l'accueil car l'accueil l'a appelé, et il est venu directement car il savait qu'il allait venir en salle de déchoquage, et il vient de dire à moi et au médecin, et le médecin, un peu choqué, il lui dit « et tu prends ton temps et tu vas pas voir ». Et lui, il s'attendait à ce qu'on vienne avec lui. Donc là directement on est sorti dans le sas d'arrivée des ambulances, des SMUR, etc., et là on voit que les pompiers sont déjà en train de masser dans le camion, donc tout de suite. Nous, on est dans le sas d'accueil et en fait, il y a... Il n'y avait pas de place dans le camion, il y a juste le chef de service qui est monté. Le camion est ouvert, on voit qu'ils sont en train de masser, on veut chercher un brancard, mais il nous dit, il n'y a plus de temps de chercher un brancard, il y a pas beaucoup de place, on va carrément le prendre avec le brancard des pompiers pour l'amener dans la salle. Non c'est les pompiers, moi je vais chercher les autres infirmiers, car je sais que sur une réa, on ne peut pas être qu'un seul infirmier. Donc là je vais chercher deux, trois infirmières, pendant ce temps il est installé, les pompiers sont en train de masser. Oui c'est le petit côté autonome que je vous disais, on sait qu'il va falloir intuber et peut être le choquer, donc on prend le défibrillateur, on installe, on installe les patchs, on installe. Nous, on a appelé en renfort. Moi de mon côté, j'étais tout autour de l'installation des patchs, des électrodes, pour faire un ECG en continu. On continue, après il y avait ma collègue qui était au niveau de tout ce qui est au niveau des drogues pour réanimer, justement adrénaline et tout ça... Après j'avais ma collègue de son côté qui préparait tout ce qui était matériel d'intubation, plus l'ambu pour oxygéner. Et là il y avait le médecin, il y avait deux médecins à côté de nous, pour nous guider quelque part et pour voir, qu'est-ce qui se passe. Donc moi je me suis placé à côté des pompiers pour prendre le relai du massage, et [...] Et après, j'ai, je me suis pris le massage, on se relayait avec les pompiers et à un moment-là, il a fallu perfuser, donc on a essayé de poser, on a posé deux voies périphériques. En fait ma collègue a posé une voie et un vert 18 gauche mais apparemment, ça passait pas, ben le débit n'était pas assez rapide. Donc moi de mon côté, dans le feu de l'action, j'ai pris un cathé un peu plus gros [**], j'ai pris un gris [/], d'un côté parce que je me suis dit, parce que j'ai réussi à le poser, et après, ben. En fait elle a piqué, mais le débit est trop petit, donc elle installe les pochons et toute sa rampe, et à côté il dit ça passe pas assez rapidement. Donc moi je, je ne sais pas, sans qu'on

me demande rien, je sais pas pourquoi, donc je suis parti prendre une voie un peu plus grosse, et je l'ai posé et c'est passé.

La réduction phénoménologique proposée est la suivante.

Le médecin, chef de service, il arrive dans la salle de déchoquage où je suis. « J'ai besoin d'infirmiers, et de médecins ». Donc, directement, on court dans le sas d'accueil. On prend le défibrillateur, on installe, on installe les patchs, on installe. Ma collègue a piqué, mais le débit est trop petit, donc elle installe les pochons et toute sa rampe, et à côté il dit : ça passe pas assez rapidement. Donc moi de mon côté, dans le feu de l'action, j'ai pris un cathé un peu plus gros. Sans qu'on me demande rien, je sais pas pourquoi, donc je suis partie prendre une voie un peu plus grosse, et je l'ai posé et c'est passé.

Figure 7 : Réduction phénoménologique 6 - Extrait 1 - IDE 3

La réduction phénoménologique produite montre le débutant infirmier dans une prise d'initiative relevant de son rôle propre professionnel. La description fine de l'action professionnelle en jeu dans cette situation met au jour le processus de prise de décision qui lui permet d'être efficace dans le résultat de l'acte professionnel technique. Il s'agit pour lui de permettre à la thérapeutique d'urgence d'être injectée correctement au patient dans cette situation d'urgence, ce qui l'a conduit à perfuser le patient avec un cathéter de calibre plus important que celui choisi par sa collègue (*titre réduction 6 IDE 3 : prise de décision dans l'action en tant qu'infirmier ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui est dans son rôle professionnel autonome, qui prend des décisions*).

Le sentiment identitaire de Marc

La vignette identitaire de Marc montre les sentiments d'**autonomie** (« sans qu'on me demande rien » ; action de poser une perfusion d'un calibre de son choix dans le cadre du rôle propre ou autonome), **d'appartenance** (en référence à l'organisation d'une équipe de soins dans la gestion d'une urgence), de confiance (il n'a aucune hésitation dans ses actions professionnelles) et de **valeur personnelle**. Il prend conscience de ses capacités dans l'action professionnelle. Le sentiment identitaire professionnel de Marc se développerait par la force du **sentiment de valeur personnelle** chez Marc.

2.1.4. Anne

Anne, l'infirmière débutante en service de psychiatrie, travaille depuis 4 mois au moment de l'entretien d'explicitation (phase 2 de l'étude longitudinale). L'analyse porte sur un extrait d'entretien présenté ci-dessous à partir de la ligne 143.

Extrait 1 - IDE 4 - Anne - EdE 4 (ligne 143). Le patient a fait une crise d'épilepsie dans le hall, du coup c'est ma collègue de l'accueil qui l'a vu tomber, et du coup, elle a crié, tout le monde a couru, ça s'est passé à 9 h du matin, il y avait déjà deux médecins, du coup comme c'est un patient qui devait être accueilli à mon niveau par l'UAT, du coup il a fallu courir, c'était stressant mais j'ai couru, pa pa pa, prendre sa glycémie, tout en mettant les gants. Concrètement, parce qu'en fait, les deux médecins sont restés là et nous demandaient de faire des choses, et du coup il relevait de mon service car il n'était pas hospitalisé, du coup, c'est moi qui me suis occupée, d'aller prendre des gants, de prendre la tension. Du coup les médecins ont commencé, un lui tenait la tête, ils l'ont mis en position latérale de sécurité parce qu'en fait, mais il ne s'est pas [...] je regardais, il n'a pas mordu sa langue, il bavait. Du coup, le médecin m'a demandé de lui prendre une glycémie, je suis allée chercher tout ce qui fallait pour prendre une glycémie, lui prendre une tension, du coup une collègue du service est venue pour qu'on l'allonge. Oui, la tension. Les paramètres. Le patient est toujours allongé, mais il reprend. Les deux médecins, mais le fonctionnement du service est tel, que quand il y a un état de crise, on appelle, il y a une alarme que l'accueil avait déclenchée, du coup tous les collègues lâchent ce qu'ils étaient en train de faire, et arrivent au point qui a besoin de renfort Voilà, en attendant, une collègue est partie chercher le chariot d'urgence. En attendant, le patient est revenu à lui. J'ai pris le saturomètre sur le chariot d'urgence et du coup, le temps de faire tout ça, parce que le chariot était un peu loin de l'accueil, le patient est revenu à lui. Les médecins lui parlent tout le temps, et moi, je me suis présentée avant de faire tout ça, et là pour qu'il comprenne chaque [...] je lui explique ce que j'allais faire, il s'est calmé, il est revenu à lui et comme les médecins m'ont dit « puisqu'il est de ton service, on va l'accompagner dans une chambre et on va l'allonger ». Le stress, un peu de stress. J'avais déjà vécu ce genre de situation, car j'ai une cousine épileptique, donc c'était du déjà-vu. Mais le fait qu'il soit tombé, ne sachant pas s'il s'est fait mal, le fait de ne pas pouvoir agir tout de suite, de courir partout, oui c'était un peu stressant. Je me dis « Vite vite vite », voilà. En termes de prise en charge, il fallait faire vite, parce que quand le patient tombe, personne ne savait que c'était une crise d'épilepsie qu'il faisait, c'aurait pu être tout ou n'importe quoi, c'est dans ce sens-là ou [...] et quand le médecin [...] quand un collègue est vite allé voir sur l'ordinateur et qu'il a vu que ce patient était épileptique, et il bavait, les médecins ont pu faire le diagnostic. Et puis après, les médecins nous dirigeaient, donc on a fait tous les gestes, on relève le patient, on le fait marcher, ce qu'il est capable de marcher, à ce moment, il dit qu'il a mal à la tête, qu'il s'est fait mal à la tête, mais il n'y a pas de plaies, on l'accompagne. Oui c'est le moment où il a fallu faire les gestes. Je suis une infirmière. Une infirmière qui prend en charge un patient dans une situation d'urgence.

J'ai couru, pa pa pa, prendre sa glycémie, tout en mettant les gants. C'est moi qui me suis occupée. D'aller prendre des gants, de prendre la tension. Les paramètres. Le patient est toujours allongé, mais il reprend. Les médecins lui parlent tout le temps, et moi, je me suis présentée avant de faire tout ça, et là pour qu'il comprenne chaque... je lui explique ce que j'allais faire, il s'est calmé, il est revenu à lui et comme les médecins m'ont dit « puisqu'il est de ton service, on va l'accompagner dans une chambre et on va l'allonger ». Je me dis : « Vite vite vite ». C'est le moment où il a fallu faire les gestes. Je suis une infirmière. Une infirmière qui prend en charge un patient dans une situation d'urgence.

Figure 8 : Réduction phénoménologique 7 - Extrait 1 - IDE 4

La réduction phénoménologique montre l'infirmière débutante Anne dans l'action professionnelle au moment précis de la situation d'urgence (*titre réduction 7 - Extrait 1 - IDE 4 : prise de charge d'un patient dans une situation d'urgence en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui est assignée par les médecins dans son identité d'infirmière ; IDE dans son rôle professionnel sur prescription médicale et sur rôle propre ; IDE qui gère efficacement une situation d'urgence*).

Le sentiment identitaire d'Anne

Les composants du sentiment identitaire d'Anne, l'infirmière débutante, mises au jour dans la vignette du sentiment identitaire professionnel sont principalement les sentiments de **confiance** (a su faire les gestes professionnels attendus), d'autonomie (elle prend en charge le patient concernant son rôle autonome infirmier), d'**appartenance** (travail en collaboration médicale), de **valeur personnelle** (elle explique au patient, réussi à le calmer et à le rassurer, sa relation avec le patient est adaptée) et de **cohérence** (se sentir infirmière). La force du sentiment identitaire d'Anne se situe dans son **sentiment de cohérence personnelle** qui concourt à l'émergence du sentiment identitaire professionnel.

2.1.5. Ève

Ève, l'infirmière débutante en service de gériatrie, travaille depuis 4 mois au moment de l'entretien d'explicitation (phase 2 de l'étude longitudinale). L'analyse porte sur deux extraits d'entretien. Le premier extrait de l'entretien d'explicitation mené avec Ève est présenté ci-dessous à partir de la ligne 164.

Extrait 1 - IDE 5 - Ève - EdE 5 (ligne 164). Ah [/] j'ai laissé ce que je faisais. J'ai confié mon service à l'aide-soignante, en lui disant s'il y a un souci, tu m'appelles, je suis de l'autre côté, il y a un arrêt donc je suis bloquée. Bon, j'avais fini mes soins, donc j'étais tranquille, et je suis allée de l'autre côté. Donc j'ai couru, je suis allée de l'autre côté, et donc, j'ai vu que la dame était en arrêt. Ben, j'ai regardé ce qu'elle avait commencé à faire et qu'est ce qui était dans la chambre et rien n'était débuté, parce qu'elle ne savait pas où étaient les choses, donc

j'ai commencé à donner des ordres. Donc je lui ai dit, comme tu ne sais pas où sont les choses, toi tu masses, à l'aide-soignante, je lui ai dit de mettre de l'oxygène et moi je fais tout le reste [...]. Donc je vais chercher le chariot d'urgence, j'ai appelé les réa, j'ai appelé les urgentistes, je suis allée chercher le dossier et tout ça. Voilà, je me suis dit, masser elle sait faire, même si je ne la connaissais pas, je me suis dit, une IDE, masser on apprend, masser elle sait masser et je savais que les aides-soignantes, celles qui étaient là ce soir-là, je savais qu'elle savait gérer l'oxygène et tout ça, donc voilà. Et je me suis vraiment sentie infirmière [N]. C'était la première réa que je faisais, d'autant plus que moi je veux faire de la réa en tant qu'infirmière, je voulais commencer réa, et c'est la première que je faisais, donc voilà mes cours sont revenus, mon expérience est revenue, voilà le visuel que j'avais, de mes collègues infirmières est revenu. Voilà, tout est revenu comme ça, tout s'est imbriqué comme cela et je me suis sentie infirmière. Voilà et ça s'est passé comme cela, parce que je ne sais pas combien de temps, ça a duré mais [...] peut-être deux minutes, j'en sais rien. Les réas sont arrivés en premier et en fait tout était en place. Il y avait le défibrillateur, on avait mis de l'adré, on avait choqué[...] parce qu'en fait, c'est le protocole, c'est tout ce qu'on peut faire, on le fait la nuit, on avait déjà tout commencé, la dame elle était ventilée, on avait marqué parce que [...]. Ça je me rappelais de l'avoir vu quand j'étais aide-soignante, je me rappelais que c'était important de marquer quand on avait commencé à ventiler tout ça, donc on avait déjà tout marqué. Et quand les réa sont arrivés. Ils, en fait, ils ont demandé ce qu'on avait fait, depuis quand c'était commencé, tout était fait en fait. Pas tout était fait mais tout était en cours et c'est ce qu'il fallait faire, donc je me suis sentie infirmière là. En plus, c'était le chef de la réa, et c'était mon chef quand je travaillais en réa et c'est lui qui a essayé de m'appuyer pour que je vienne en réa, il n'a pas réussi, donc voilà quoi. En plus, derrière, il y avait la satisfaction et tout ça. Mais j'ai réussi à tout enclencher, je me suis sentie infirmière parce que tout, la situation, il y avait une voie d'accord mais qui était au pli du coude. Donc ça m'avait énervé, donc j'en ai posé une deuxième, j'ai passé du bicar, voilà j'ai réussi à tout enclencher, en fait et je me suis sentie infirmière en fait. Parce que ma collègue, elle était perdue en fait, et il fallait, deux minutes, c'est important, parce que je ne savais pas à la base depuis combien de temps, elle était en arrêt avant, donc voilà, et la dame, elle a, ils l'ont récupérée. Donc je me suis sentie infirmière et en plus, on, voilà voilà t'arrêtes de masser, je l'ai massé, confortée dans le sens où je suis plus réa et pas gériatrie [**], et après quoi d'autre, je me suis sentie infirmière, euh [...]. Après quand c'était fait, j'ai relâché un petit peu, je me suis dit, il y a le bicar, il y a la rampe, quand j'ai lâché, c'était un petit plus calme, on l'avait choqué, elle avait retrouvé un rythme, c'était un peu plus calme, ça a duré trois minutes [.]. Je ne sais pas, j'ai trouvé bien. Pour moi, tout à fait, de pas m'être trompée [/], d'avoir su ce qu'il faut faire, d'avoir la confiance de mes collègues, la confiance du réa, ben voilà ; même dans les transmissions, le lendemain, il y avait un mot du chef de service, on le voit pas, nous la nuit on ne le voit pas, de gériatrie, on le voit pas, donc il y avait un message comme quoi l'équipe de nuit avait été félicitée par les urgentistes et les réa, que tout avait été mis en place vite, qu'on avait pas perdu de temps, voilà. Sur le moment, j'étais bien, le lendemain, j'étais bien, j'en ai parlé, on en a parlé avec la collègue aide-soignante, avec l'infirmière qui était là la nuit, euh. Le lendemain, l'infirmière du service qui était là le lendemain, comme il y avait le mot, on a lu, et a demandé ce qui s'était passé, pourquoi on te fait des fleurs comme ça, qu'est ce qui s'est passé [?] Parce que j'ai tout fait pour avancer, pas perdre de temps pour la dame parce que c'était une dame qui était autonome, qui après avait un devenir, ce n'était pas quelqu'un qui n'était pas réanimatoire, il fallait tout faire au mieux. Donc après on en a discuté, elle m'a dit ici des réa il n'y en a pas souvent, toi tu arrives, il y en a une, elle, en deux ans, elle n'en avait eu aucune, ben voilà, elle disait que c'est vrai, ça serait bien, pas de simuler des réas, de savoir quoi faire

dans la logique, mais c'est vrai on en a discuté, c'est vrai on a appris, moi c'est récent mais eux, c'est plus ancien, et souvent on en discute et je me sens infirmière. Ce que je sais, je vais pouvoir en faire profiter d'autres, je me sens infirmière, c'est toujours, le binôme aide-soignante et infirmier, c'est vrai je me sens infirmière. Non c'est TRES [/] important pour moi, je me suis sentie bien, ça m'a conforté réa, je sais que je suis réa, j'aime, l'urgence, c'est carré, c'est ça, je sais ce qu'il faut faire, c'est comme les protocoles. Oui ça me convient, je sais ce qu'il faut faire, on ne peut pas se tromper.

La réduction phénoménologique fait apparaître l'infirmière débutante dans la réussite d'une prise en charge d'une urgence.

Donc j'ai couru, je suis allée de l'autre côté, et donc, j'ai vu que la dame était en arrêt. J'ai réussi à tout enclencher, je me suis sentie infirmière parce que tout, la situation, il y avait une voie, d'accord mais qui était au pli du coude. Donc ça m'avait énervé, donc j'en ai posé une deuxième, j'ai passé du bicar, voilà j'ai réussi à tout enclencher, en fait et je me suis sentie infirmière. Je me sens infirmière, c'est toujours, le binôme aide-soignante et infirmier, c'est vrai je me sens infirmière.

Figure 9 : Réduction phénoménologique 8 - Extrait 1 - IDE 5

L'infirmière débutante réanime un patient pour la première fois en tant qu'infirmière. Elle verbalise son sentiment identitaire professionnel « je me sens infirmière » (*titre réduction 8 - IDE 5 : réanimation d'une patiente en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui se sent infirmière dans sa conception du travail en collaboration avec l'aide-soignante ; IDE qui gère efficacement une situation dans l'action*). L'émergence de son sentiment identitaire professionnel en cours d'action mis en valeur dans la réduction phénoménologique est renforcée dans la réduction suivante.

Ce que je sais, je vais pouvoir en faire profiter d'autres, je me sens infirmière, c'est toujours, le binôme aide-soignante et infirmier, c'est vrai je me sens infirmière. Non c'est TRES [/] important pour moi, je me suis sentie bien, ça m'a conforté réa, je sais que je suis réa, j'aime, l'urgence, c'est carré, c'est ça, je sais ce qu'il faut faire, c'est comme les protocoles. Oui ça me convient, je sais ce qu'il faut faire, on ne peut pas se tromper.

Figure 10 : Réduction phénoménologique 9 - Extrait 1 - IDE 5

L'infirmière débutante Ève retrouve ses valeurs professionnelles dans la gestion d'une réanimation en collaboration avec l'aide-soignante. Son idéal de travail est celui de la collaboration aide-soignante, telle qu'elle l'a vécue en tant qu'aide-soignante (*titre réduction 9 - IDE 5 : partager ses compétences en matière de réanimation en tant qu'infirmière avec ses collègues, notamment aide-soignant ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui se retrouve dans son identité projetée (« infirmière de réa ») ; IDE qui gère efficacement une situation dans l'action*).

Un second extrait d'entretien complète notre analyse de l'émergence du sentiment identitaire professionnel.

Extrait 2 - IDE 5 - Ève - EdE 5 (ligne 274). Ma collègue aide-soignante ne pensait qu'à changer les draps « il faut changer les draps, c'est pour ça qu'il s'agite, il a froid, il faut changer les draps, ça ira mieux après ». Donc elle voulait changer les draps, elle voulait l'allonger, le tourner, et tout ce qui s'en suit. Donc je lui ai dit non, je lui ai dit non une fois, je lui ai dit non deux fois, je lui ai dit non trois fois, et la quatrième fois, je ne me suis pas énervée, mais je lui ai dit gentiment, soit elle m'écoutait, soit elle sortait de la chambre. Je devais gérer le monsieur, si j'avais elle en plus, je lui ai dit, soit tu me fais confiance, et si tu ne me fais pas confiance, tu sors de la chambre, parce que là tu inquiètes le monsieur, tu m'empêches de travailler, tu m'inquiètes à moi parce que [...]. « Tu me fais confiance ou alors tu sors de la chambre, parce que là tu m'empêches de travailler, je ne peux pas travailler si... ». Oui, elle voulait absolument. Je lui ai dit non, elle voulait, elle a même commencé à un moment à baisser la tête du lit, je lui ai dit non. Voilà, je remonte la tête du lit, et je lui dis « tu me fais confiance ou tu sors [/] ». Et donc, il y a eu un grand froid, un grand froid, glacial [**, elle est sortie. Je l'ai regardé sortir [**], ça a duré deux secondes, je ne pensais pas qu'elle serait sortie. Mais bon c'est quelqu'un de beaucoup plus âgé que moi, elle a quarante ans de service, c'est vrai que depuis le début, c'est pas tendu, mais il y avait des choses qui me dérangeaient dans sa manière de travailler, des petites choses, rien de dramatique, rien de dangereux. Oui, au moment où elle sort, je suis toujours avec le patient, il y a eu un grand moment de blanc, mais je ne sais pas si c'était si long que ça, et à un moment je l'ai appelé, je lui ai dit, tu rappelles les urgentistes, tu leur dis qu'il faut qu'ils VIENNENT. Oui, mais la chambre était en face du poste de soins, la porte était ouverte, donc je lui ai dit, je l'ai vue, je savais qu'elle était dans le poste de soins en face, je l'ai rappelé et je lui ai dit, « *rappelle les urgences s'il te plait, tu leur dis que le patient n'est pas bien, qu'ils montent de suite* ». Il était de moins en moins bien, quoi. Tu leur dis que le monsieur est de moins en moins bien, qu'il me faut pas l'interne ou le senior mais qu'ils m'envoient quelqu'un, un interne, que le monsieur est de moins en moins bien. Elle a téléphoné et en fait les médecins étaient en train de monter, ils étaient au bout du couloir ou un truc comme cela. Je les avais déjà appelés deux fois, et ça faisait déjà une demi-heure que le monsieur n'était pas bien, donc pendant une demi-heure, j'avais personne, j'ai fait ce que je pouvais faire mais j'avais personne, elle voulait le changer, elle baisse, elle était sortie. Les médecins sont arrivés très vite, en fait le monsieur a été intubé []. Je suis infirmière toujours, je suis toujours infirmière mais c'est le moment où je lui dis « tu sors » « tu sors » parce qu'elle me perturbait, je ne pouvais plus travailler, elle me perturbait, et comme on se disputait toutes les deux, il y avait le patient et je voyais très bien, qu'il ne comprenait pas, il est resté hagard, il nous écoutait, il ne comprenait pas, parce qu'elle parlait devant le patient. Je lui dis non, et je lui explique, que la priorité ce n'est pas de changer les draps, que si on l'allonge, le monsieur il va plus respirer et faire un arrêt.

Tu me fais confiance, et si tu ne me fais pas confiance, tu sors de la chambre, parce que là tu inquiètes le monsieur, tu m'empêches de travailler. Je remonte la tête du lit. Au moment où elle sort, je suis toujours avec le patient, il y a eu un grand moment de blanc, tu rappelles les urgentistes, tu leur dis qu'il faut qu'ils VIENNENT. Je suis infirmière toujours, je suis toujours infirmière mais c'est le moment où je lui dis « tu sors » « tu sors ». Je lui explique, que la priorité

ce n'est pas de changer les draps, que si on l'allonge, le monsieur il va plus respirer et faire un arrêt.

Figure 11 : Réduction phénoménologique 10 - Extrait 2 - IDE 5

L'infirmière débutante Ève évoque ici une interaction professionnelle conflictuelle avec sa collègue aide-soignante (*titre réduction 10 - IDE 5 : positionnement professionnel face à une aide-soignante en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui se retrouve empêchée dans son action professionnelle ; IDE qui doit gérer un conflit avec l'AS, alors que son identité projetée est celle d'une « infirmière de réa » travaillant en binôme infirmier-aide-soignant ; IDE qui gère à nouveau efficacement une situation dans l'action*). Ce conflit met en tension ses valeurs professionnelles qui guident ses choix d'organisation de travail en binôme avec l'aide-soignante.

Le sentiment identitaire d'Ève

Les composants du sentiment identitaire incarnés dans les situations vécues et qui ont fait l'objet de réductions phénoménologiques sont les sentiments **de confiance** (a su faire les gestes professionnels attendus), **d'appartenance** (collaboration avec l'aide-soignante), de **cohérence** (se sentir infirmière), **d'unité singulière** (se sentir spécifiquement infirmière de réanimation), de **valeur personnelle** et **d'autonomie** (est capable dans l'action professionnelle). La force du sentiment identitaire d'Ève s'incarne dans les composants de sentiment de **cohérence personnelle** et **d'unité singulière** ; ils ont permis l'émergence du sentiment identitaire professionnel.

2.1.6. Marie

Marie, l'infirmière débutante en service de médecine, travaille depuis 3 mois au moment de l'entretien d'explicitation (phase 2 de l'étude longitudinale). L'analyse porte sur trois extraits d'entretien. Le premier extrait de l'entretien d'explicitation mené avec Marie est présenté ci-dessous à partir de la ligne 121.

Extrait 1 - IDE 6 - Marie - EdE 6 (ligne 121). Quand j'ai pris en charge les deux gros pansements, enfin les deux personnes qui revenaient et qui avaient deux gros pansements, j'ai partagé l'avis avec le chirurgien sur le protocole, enfin le pansement qui fallait suivre, c'était vraiment un échange instructif à ce moment-là. D'accord, en fait, j'avais appelé le chirurgien pour qu'il aille voir le pansement, j'avais donc déballé le pansement. Il y avait des plaies, enfin la dame avait des plaies assez profondes et le monsieur des plaies type brûlures mais c'était très étendu. Et comme je n'avais pas l'habitude de voir ce genre de plaie, j'ai préféré

appeler, et en plus, il y avait des débris dedans, des débris de verre, des débris de ferraille, enfin il y avait des débris de n'importe quoi, de verres et tout ça. Et je me suis dit comment on va faire pour ce pansement, pas inquiète mais je me suis dit qu'est-ce qu'on peut mettre sur ce pansement et on a échangé avec la chirurgienne en fait. Vers une plaie, une plaie nécrosée, en fait, je lui ai demandé ce qu'elle voulait, le protocole et sur la deuxième personne, comme il y avait des plaies plus étendues, comme il y avait des débris infectieux, je lui demande comment faire. C'est un couple en fait. Ben, elle me donne des conseils, de débrider les plaies qui sont nécrosées, les parties infectieuses. Elle me donne des conseils en définitive sur le protocole à suivre, parce que, sur le type d'antiseptique qu'il faut utiliser, sur ce qu'elle juge. Sur le type de pansement, parce que j'avais peur que, comme c'étaient des grosses plaies, j'avais peur, même si on utilise du sérum phy, que quand on enlève le pansement, ça abime, ça abime [...] Et aussi sur la prise en charge de la douleur, je lui ai demandé s'il ne fallait pas, parce que les brûlures ça fait hyper mal, c'est hyper douloureux, je lui ai demandé quel antalgique on pouvait donner avant, si on pouvait mettre de la xylospray®, un protocole assez important au niveau de la douleur, car c'était important. Ben moi, en fait, après je fais, c'est vraiment le rôle de l'infirmière qui m'incombe à moi, car après je me dis comment je vais faire pour le pansement, comment je vais organiser le soin, comment, quelle est la personne avec qui je vais commencer le pansement, est-ce que sa femme pourra être un soutien pour le monsieur, car le monsieur, il est très très peureux, craintif, enfin...

Comme il y avait des plaies plus étendues, comme il y avait des débris infectieux, je lui demande comment faire. Elle (la chirurgienne) me donne des conseils, sur le protocole à suivre, sur le type d'antiseptique qu'il faut utiliser, sur ce qu'elle juge. Et aussi sur la prise en charge de la douleur, je lui ai demandé s'il ne fallait pas, parce que les brûlures ça fait hyper mal, mettre de la xylospray®, car c'était important. Après je fais, c'est vraiment le rôle de l'infirmière qui m'incombe à moi, car après je me dis comment je vais faire pour le pansement, comment je vais organiser le soin, comment, quelle est la personne avec qui je vais commencer le pansement.

Figure 12 : Réduction phénoménologique 11 - Extrait 1 - IDE 6

L'infirmière débutante évoque le moment où elle sollicite les conseils de la chirurgienne pour la mise en œuvre de pansements complexes et la prise en charge de la douleur des patients (*titre réduction 11 - IDE 6 : sollicitation des conseils du médecin et demande d'un protocole contre la douleur concernant un pansement en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : infirmière consciencieuse et réflexive, qui mobilise ses valeurs professionnelles dans l'action (prise en charge de la douleur des patients, recherche du confort du patient lors des soins) ; IDE-préventive de la douleur du patient ; IDE qui collabore avec le médecin*). Cette réduction phénoménologique montre que l'infirmière débutante endosse progressivement son rôle professionnel ; elle montre le processus de développement de la professionnalité émergente (Jorro, 2009) du débutant avec ses tâtonnements et ses hésitations.

Un second extrait d'entretien éclaire la dimension identitaire de l'infirmière débutante.

Extrait 2 - IDE 6 - Marie - EdE 6 (ligne 181). Craintif, du coup, je me dis que je vais ... qu'elle peut lui parler, et c'était génial parce que quand j'ai commencé à lui faire le pansement, elle a commencé à lui faire un cours de sophrologie, c'était extraordinaire, c'était marrant cet échange [/] parce qu'on ne retrouve pas ça. Oui c'est ça et moi je le rassure d'un côté et la dame elle lui fait de la sophrologie et je trouve que c'est extraordinaire. Oui le fait, au lieu qu'on fasse un échange à 2, on fait un vrai échange à 3. Ben le soutien de sa femme [/], je trouve que c'est extraordinaire [/]. Moi, pour moi, en fait, parce que je trouve que sa femme est super courageuse, elle est très forte, quand j'étais en train de curer ses plaies de son mari, elle était en train de prendre sa douche à ce moment-là et son mari craintif, on voit qu'elle le supporte quoi. Oui bien sûr, je trouve que c'était touchant sur le moment, ça m'a fait penser quand il y a les proches en soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, un accompagnement comme ça, j'ai trouvé ça chouette, quoi. Car c'est moi qui gère, qui gère mon pansement, qui décide de curer telle partie ou pas, c'est mon rôle quoi. Je suis vraiment dans mon rôle, je suis dans ma fonction. A ce moment-là, je me suis sentie Marie professionnelle compétente, c'est ça. Parce que quand j'étais avec mes autres collègues, j'avais toujours l'impression, je suis diplômée, mais j'ai toujours l'impression d'être une élève. Mais à ce moment précis, là moi c'est Marie, je suis infirmière, je suis compétente, je gère. Je trouve que c'était sympa, c'était vraiment un moment ouais, sympa [...].

Cet échange [/] parce qu'on ne retrouve pas ça. Je le rassure d'un côté et la dame elle lui fait de la sophrologie. On fait un vrai échange à 3. C'est moi qui gère, qui gère mon pansement, qui décide de curer telle partie ou pas, c'est mon rôle quoi. Je suis vraiment dans mon rôle, je suis dans ma fonction. Mais à ce moment précis, là moi c'est Marie, je suis infirmière, je suis compétente, je gère.

Figure 13 : Réduction phénoménologique 12 - Extrait 2 - IDE 6

L'infirmière débutante décrit une situation où elle est autonome dans la mise en œuvre d'un pansement. Elle traduit dans ce moment l'émergence du Soi professionnel (*titre réduction 12 - IDE 6 : réalisation d'un pansement complexe en tant qu'infirmière, en sollicitant la collaboration de la femme du patient ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui est dans son rôle autonome, avec prise de décision dans l'action*).

Un troisième extrait d'entretien apporte un éclairage sur le sentiment identitaire.

Extrait 3 - IDE 6 - Marie - EdE 6 (ligne 235). J'avais constaté que le monsieur n'urina pas beaucoup, il urina pas du tout même [/], et donc j'ai prévenu l'interne, la fille interne. Et je lui ai dit qu'il n'urina pas beaucoup ce monsieur et qu'il fallait peut-être envisager de le consulter et s'il était en globe, de la sonder. Donc à ce moment-là, l'interne a posé son geste, elle a senti son ventre et elle a dit, ben oui, effectivement, il faut le sonder. Et donc là j'ai pris tout, ouais, j'ai pris tout. Je l'ai sondé, j'ai pris le temps de préparer le matériel et sonder le monsieur, j'ai préparé mon matériel et j'ai sondé le monsieur. C'est le moment de constater qu'il est en globe ; Ben, son bien-être. Oui de l'avoir constaté moi-même car je me suis dit que mes surveillances sont bonnes Oui oui [/] mais c'est surtout la surveillance, de me dire que j'ai fait une bonne surveillance, que j'ai pu constater ça. Oui voilà, qu'elle a été optimale en fait,

parce que j'ai constaté. Ben, oui je suis infirmière, parce que j'ai constaté que le patient n'urinait plus, c'est un constat. Après si je demande à l'interne de venir, c'est pour confirmer le diagnostic, car en aucun cas, je suis un médecin.

L'interne a posé son geste, elle a senti son ventre et elle a dit, ben oui, effectivement, il faut le sonder. Et donc là j'ai pris tout. Je l'ai sondé, j'ai pris le temps de préparer le matériel et sonder le monsieur. C'est le moment de constater qu'il est en globe. Son bien-être. De l'avoir constaté moi-même car je me suis dit que mes surveillances sont bonnes. Je suis infirmière.

Figure 14 : Réduction phénoménologique 13 - Extrait 3 - IDE 6

Cette réduction phénoménologique montre l'infirmière débutante dans une confirmation identitaire (Kaddouri, 2002) de la part du médecin. Elle a diagnostiqué une complication à un patient et le diagnostic clinique a été validé par le médecin (*titre réduction 13 IDE 6 : diagnostic d'une situation clinique en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui sait observer, surveiller. IDE compétente*).

Les composantes du sentiment identitaire mobilisées dans les situations sont les sentiments **d'appartenance** (équipe soignante, conseils du médecin, propositions infirmières pour soulager la douleur), **de confiance** (réfléchit à la meilleure gestuelle et organisation pour le soin), de **cohérence** (infirmière qui remplit ses différents rôles professionnels dans le cadre de son rôle propre ou autonome, de son rôle sur prescription médicale, et de son rôle en collaboration ; réaliser un soin personnalisé, en mobilisant les ressources du patient et de ses proches ; sentiment d'être dans son rôle et sa fonction), **d'unité singulière** (infirmière qui mobilise ses valeurs personnelles et professionnelles), **d'autonomie** (prise de décision, gestion autonome du soin technique) et de **valeur personnelle** (sentiment d'être capable, dit se sentir compétente).

La force du sentiment identitaire de Marie se situe dans son sentiment **de cohérence et d'unité singulière** ; il fonde son sentiment identitaire professionnel.

2.1.7. Alia

Alia, l'infirmière débutante en service de gériatrie, travaille depuis 3 mois et demi au moment de l'entretien d'explicitation (phase 2 de l'étude longitudinale). L'analyse porte sur un extrait de l'entretien d'explicitation présenté ci-dessous à partir de la ligne 166.

Extrait 1 - IDE 7 - Alia - EdE 7 (ligne 166). Alors le premier moment où j'étais seule le matin, où je prenais les transmissions, et puis, un patient...Je prends mes transmissions, je prends tous mes classeurs, je lis les transmissions écrites, et après je prépare mon chariot pour

commencer mon tour et je cherche un patient qui était là à mon arrivée, qui n'était plus là, j'avais un bilan à faire et je ne le trouvais pas... Je découvre qu'il n'est plus là, il a fallu appeler le PC. Il est en chambre à deux, donc je ne le trouve pas, j'appelle. J'appelle, je m'adresse à l'aide-soignante qui l'avait peut-être amené à la douche, elle me dit non, donc on cherche dans le service. Je prends la décision d'appeler le PC, ils le cherchent, j'appelle la cadre, euh, et après j'appelle la police et après, j'appelle sa famille. C'est là que sa femme m'apprend qu'il est là, qu'il avait pris le bus et qu'il était là chez lui en train de prendre un café. Donc là c'était un moment angoissant pour moi, parce que le fait d'appeler la police, c'était angoissant pour moi ; J'avais peur, le fait d'appeler la police, me dire qu'il pouvait lui arriver quoi que ce soit à ce monsieur, je suis responsable. Oui, j'avais peur, et en plus c'était mon premier weekend, et j'étais responsable. Ben j'avais peur, qu'il lui arrive quelque chose, et je me suis demandé s'il avait un bracelet d'identité ou pas, s'il n'a pas pris l'escalier et qu'il est tombé, voilà avec mes collègues, on se pose beaucoup de questions. Infirmière j'étais toute seule, collègues aide-soignantes, deux aides-soignantes avec moi. Oui voilà tout mélangé, entre temps une de mes collègues va voir dans les escaliers, aux urgences, entre temps moi j'appelle le PC, voilà. Euh, ben j'ai demandé le signalement du monsieur, comme je l'avais vu le matin, et mes collègues aussi. Ils étaient partis à sa recherche. Voilà j'ai suivi une procédure. Oui, appeler le PC, la cadre de garde, la police ; parce qu'on le trouvait pas, depuis dix minutes, un quart d'heure, c'était angoissant, je me dis oh là je vais avoir des problèmes. Oui qu'on ne peut pas surveiller, qu'on ne peut pas être partout, c'est ça.

Le premier moment où j'étais seule le matin. Je cherche un patient qui était là à mon arrivée. Je ne le trouve pas, j'appelle l'aide-soignante. Je prends la décision d'appeler le PC, j'appelle la cadre, euh, et après j'appelle la police et après, j'appelle sa famille. Je vais avoir des problèmes ; qu'on ne peut pas surveiller, qu'on ne peut pas être partout, c'est ça. J'avais peur, le fait d'appeler la police, me dire qu'il pouvait lui arriver quoi que ce soit à ce monsieur, je suis responsable.

Figure 15 : Réduction phénoménologique 14 - Extrait 1 - IDE 7

L'infirmière débutante évoque un moment professionnel où elle est seule infirmière pour la première fois et qu'elle doit gérer la fugue d'un patient. Elle prend conscience de sa responsabilité professionnelle (*titre réduction 14 - Extrait 1 - IDE 7 : gestion d'une fugue d'un patient en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui se sent responsable, qui prend des décisions importantes*).

Sentiment identitaire d'Alia

La vignette du sentiment identitaire professionnel d'Alia a comme composantes les sentiments **d'autonomie** (prise de décision et responsabilité), **de différence** (infirmière qui réalise les limites des prises en soins et la responsabilité de ses actes ; elle est infirmière et donc responsable de la sécurité des patients ; elle n'est plus étudiante infirmière sous la responsabilité de l'infirmière tutrice ; elle n'est plus aide-soignante comme elle l'était avant

ses études) et **d'appartenance** (sollicite la collaboration de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire). La force de son sentiment identitaire se situe autour du **sentiment d'autonomie** où la notion de responsabilité professionnelle est au premier plan du vécu et de la prise de conscience, et à partir duquel le sentiment identitaire se déclenche.

2.1.8. Vivianne

Vivianne, l'infirmière débutante en service de gériatrie de nuit, travaille depuis 3 mois au moment de l'entretien d'explicitation (phase 2 de l'étude longitudinale). L'analyse porte sur deux extraits de l'entretien d'explicitation dont le premier est présenté ci-dessous à partir de la ligne 128.

Extrait 1 - IDE 8 - Vivianne - EdE 8 (ligne 128). Voilà, c'est ça, on est seule, ça y est, c'est ça [/] et on se dit [..]. Il faut être très vigilant à ce moment-là, même si on sait qu'on a les collègues aux autres étages. On a l'étage et on est seule, même s'il y a les soignantes, on a la responsabilité de se dire, c'est surtout vis-à-vis des résidents, voilà... Quels vont être les soins à prodiguer ? Voilà, être vigilant, faire attention. Oui, comment on va s'organiser, comment on va faire, même si on a déjà vu avec les autres comment elles faisaient un peu, elles ne faisaient pas pareil, voilà, donc c'est à soi de trouver son organisation. Voilà, on découvre. Oui, on cherche, on cherche, on cherche. Oui, on cherche, il y a des choses que l'on cherche, on cherche des objets, on cherche des choses, même si la collègue nous avait plus ou moins montré, c'était rapide, je me souviens de ça. Oui à dire, ah ça c'est où, ah, j'ai oublié ça [/]. Ben je suis toute seule, ah oui, C'EST ça [/]. Les soignantes, non les soignantes elles sont déjà en poste, dans le poste de soins, on est toute seule, et les soignantes sont déjà arrivées parce qu'elles arrivent une demi-heure avant nous, ça dépend si je suis arrivée en avance, mais j'arrive en avance depuis le début [..].

On est seule, ça y est, c'est ça. On découvre. On a la responsabilité de se dire, c'est surtout vis-à-vis des résidents. C'est à soi de trouver son organisation. On cherche, on cherche, on cherche... des objets, on cherche des choses. Je suis toute seule, ah oui, C'EST ça.

Figure 16 : Réduction phénoménologique 15 - Extrait 1 - IDE 8

L'infirmière débutante évoque une situation professionnelle où elle doit gérer le groupe de résidents seule pour la première fois en tant qu'infirmière (*titre réduction 15 - IDE 8 : expérience d'être seule en tant qu'infirmière et devoir faire face à la situation ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui prend conscience de la responsabilité et de son autonomie dans son organisation des soins (émergence de sa professionnalité).* La professionnalité émergente du débutant infirmier se situe ici dans ses tâtonnements dans son

organisation des soins. Elle prend également conscience de sa responsabilité professionnelle à ce moment-là.

Un second extrait complète l'analyse par la production d'une vignette du sentiment identitaire professionnel par réduction phénoménologique.

Extrait 2 - IDE 8 - Vivianne - EdE 2 (ligne 204). A un moment, ils (les résidents) ont apprécié, ils ont tous applaudi quand j'arrivais alors, est-ce qu'ils se sont dit, l'infirmière arrive, je sais que c'était un moment important, de là à dire si c'était le moment où je me suis sentie infirmière, je ne sais pas, j'ai apprécié qu'ils m'apprécient et qu'ils me le rendent en fait [**]. J'arrive avec mon chariot, et ils ont dû voir que c'était moi, je ne sais pas en fait. Dans un des services du quatrième étage, voilà [**]. Oui une vingtaine, ils étaient peut-être pas tous arrivés au petit déj, et voilà, ils sont contents de me voir, mais c'est des moments importants, mais ça ne devait pas être au début. Ben j'apprécie, parce que je suis appréciée et c'est réciproque, je leur dis, moi aussi parce que je suis contente de les retrouver. Parce que c'est réciproque, que c'est dans les deux sens, ils m'apportent et moi aussi. Maintenant ça peut être un moment d'intimité avec certaines personnes. Euh, mais bon, infirmière, je ne sais pas si c'est vraiment être infirmière mais c'est me rendre compte qu'il y a un peu de confiance, qu'ils peuvent se livrer, se sentir bien et les rassurer, et je vois que ça marche.

J'arrive avec mon chariot, et ils ont dû voir que c'était moi. Une vingtaine, ils sont contents de me voir. J'apprécie, parce que je suis appréciée et c'est réciproque, je leur dis-moi aussi parce que je suis contente de les retrouver. Me rendre compte qu'il y a un peu de confiance, qu'ils peuvent se livrer, se sentir bien et les rassurer.

Figure 17 : Réduction phénoménologique 16 -Extrait 2 - IDE 8

L'infirmière débutante évoque une situation professionnelle où les patients montrent leur satisfaction par un accueil très chaleureux de l'infirmière dans la salle à manger (*titre réduction 16 - IDE 8 : moment où les résidents applaudissent l'infirmière à son arrivée ; Vécu émotionnel dans les interactions avec les résidents en tant qu'infirmière ; temporalité : première fois ; dynamique identitaire : IDE qui rassure, qui suscite la confiance des résidents*).

Sentiment identitaire de Vivianne

Les composantes du sentiment identitaire de l'infirmière débutante sont constituées du sentiment **d'autonomie** (responsabilité), **de différence** (trouver sa propre organisation des soins en tant qu'infirmière), de **confiance** (recours à ses ressources personnelles pour s'organiser, et satisfaire les besoins des résidents en référence à ses propres valeurs professionnelles), de **cohérence** (mener ses actions infirmières en phase avec ses valeurs

professionnelles et personnelles), **d'unité personnelle** et de **valeur personnelle** (et/ ou professionnelle). La force du sentiment identitaire de Vivianne se situe autour des composants du sentiment **d'autonomie** et **d'unité singulière**. Ces derniers forgent le sentiment identitaire professionnel de l'infirmière débutante.

Les huit vécus des infirmiers débutants ont été analysés au prisme du développement du sentiment identitaire professionnel dans une dynamique identitaire de professionnalité émergente de débutant. La modélisation proposée de la réduction phénoménologique met en évidence la temporalité commune des situations significantes pour le débutant : la première fois, et les conditions de cette première fois, travailler en autonomie. Elle a également permis de mettre en relation les composantes du sentiment identitaire mobilisées dans ces situations inaugurales à l'émergence du sentiment identitaire professionnel. Le point suivant présente une synthèse de l'analyse.

2.2. L'émergence du sentiment identitaire professionnel

La réduction phénoménologique a permis de décrypter le sens accordé par le sujet aux dynamiques d'actions professionnelles et interactionnelles (avec les patients, les médecins, etc). L'analyse des composants du sentiment identitaire nous a amené à cibler pour chaque sujet **la force** de ces composants identitaires et leur influence sur le développement du sentiment identitaire professionnel. A partir de l'étude, il est possible d'avancer le rôle central du **sentiment de capacité personnelle dans le déclenchement du sentiment identitaire professionnel**. L'ensemble des débutants montre dans leur vécu subjectif des débuts le développement du **sentiment d'être capable**.

Le sentiment identitaire professionnel émergerait alors dans un déploiement du sentiment d'être capable ou sentiment de capacité personnelle en situation professionnelle chez les débutants infirmiers. Ce résultat enrichit la grille de lecture des composants du sentiment identitaire et introduit dans notre analyse une étape intermédiaire entre la mobilisation des composants du sentiment identitaire et la force d'un ou plusieurs de ces composants et l'émergence du sentiment identitaire professionnel : le composant du sentiment identitaire de « se sentir capable » appelé sentiment de capacité personnelle (présenté ci-dessous sous forme de figure).

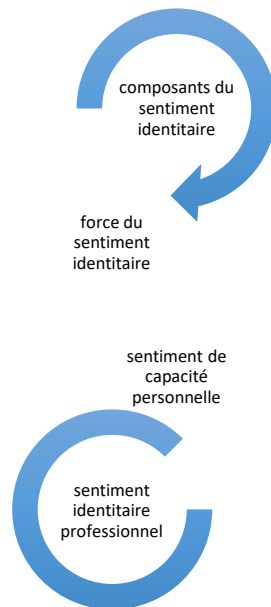


Figure 18 : Émergence du sentiment identitaire professionnel.

Le sentiment identitaire professionnel peut émerger quand le sujet se sent pleinement à sa place et à sa juste valeur dans une situation professionnelle qu'il gère en toute autonomie, dans laquelle il se sent capable de prendre des décisions et dont il surmonte les épreuves de professionnalité. Il se déploie sur un socle de composants du sentiment identitaire équilibrés aux yeux du sujet et en adéquation avec sa démarche de projet identitaire développé pour lui-même et par lui-même, ainsi que sa volonté d'exister en tant que professionnel.

Cette définition inscrit l'émergence du sentiment identitaire professionnel dans une continuité du sentiment identitaire du sujet en marquant l'influence des composants du sentiment identitaire du sujet et la force d'un ou de plusieurs composants sur celui-ci, et par là-même, sur le développement de sa professionnalité émergente de débutant. De plus, elle rejoint la place centrale du projet dans le développement de la professionnalité ; ce projet est « surtout une mobilisation de l'être dans sa globalité, visant le changement de soi à travers la modification et la maîtrise de son environnement. Élaborer un projet ne consiste pas seulement à se projeter en anticipant son devenir et l'état du « soi » dans le futur. C'est aussi mobiliser les éléments constitutifs du « soi » actuel, en prenant appui, le plus souvent de façon

inconsciente, sur ce qui a permis à ce « soi » de se constituer depuis la naissance » (Kaddouri, 1996, p.140).

La notion d'épreuves de professionnalité introduite ici afin de présenter notre proposition de définition du sentiment identitaire professionnel dans sa complétude résulte de l'analyse présentée au chapitre 4.

Dans la partie suivante, l'étude des formes de verbalisations du sentiment identitaire professionnel chez les débutants infirmiers met en exergue le sentiment d'être infirmier, le sentiment de valeur personnelle et le sentiment de capacité personnelle. Cette analyse montre l'importance de la verbalisation du vécu subjectif des débutants dans le déclenchement d'une prise de conscience d'être professionnel.

3. Les formes de verbalisations du sentiment identitaire professionnel chez les débutants infirmiers

Au regard de l'hypothèse de recherche 2) selon laquelle la professionnalité du débutant se construit en interdépendance avec l'expérience élaborée, nous avons exploré les verbatim des répondants à la recherche de verbalisations relatives à l'énonciation de l'expérience des débuts.

Dans les entretiens d'explicitation (EdE) et d'explicitation biographique (EEb) de la phase 2 et 3 de l'étude, certains infirmiers débutants expriment leur sentiment d'être infirmier. Les modes de verbalisation ainsi que les contextes professionnels et personnels d'émergence du sentiment identitaire professionnel seront mis en rapport avec les dynamiques identitaires en jeu. Nous identifierons la mobilisation récurrente du processus d'attestation que nous avons déjà décrit, à l'appui de Ricœur (2004), dans le processus de reconnaissance.

Les verbalisations a posteriori peuvent montrer des rapports subjectifs à l'action professionnelle, qu'elle soit matérielle (traces observables), matérialisée (écrire, lire une information) ou mentale (alors entièrement intériorisées, penser, décider). Les théories de la prise de conscience (Piaget, 1974) sont ici sous-jacentes. La prise de conscience consiste en un réfléchissement, un travail cognitif qui permet de passer de l'implicite du vécu de l'action

à sa représentation dans une conscience explicite ; puis en une thématisation qui prend ce vécu comme objet de l'activité mentale en l'exprimant par un geste, une expression du corps, un dessin ou un ressenti sensoriel non verbal et une verbalisation. Cette mise en mots permet d'accéder alors à une conscience réfléchie.

3.1. La verbalisation du sentiment identitaire professionnel

Nous faisons référence ici à la problématique de l'identité personnelle abordée par l'entrée du sentiment identitaire, liée à l'acte de raconter. Elle relève de la dialectique entre identité et altérité. Nous posons l'hypothèse que l'acte de raconter, par la verbalisation de moments jugés signifiants par l'infirmier débutant, aiderait à la prise de conscience progressive d'être infirmier.

Le processus d'énoncer son identité professionnelle se décompose ainsi : « se le dire », « se le redire », « le dire », « le dire à voix haute ». L'identité narrative, par le recours du sujet à la médiation narrative, participerait au sentiment identitaire professionnel. Il s'appuierait notamment sur le sentiment de différence (je suis débutant) et sur le sentiment d'appartenance (s'adressant aux autres professionnels : je suis infirmier comme vous). L'identité est alors considérée dans une transaction identitaire entre l'identité pour soi (personnelle) et l'identité pour autrui (relationnelle).

Il y a encore des jours, t'es infirmière, où je ne me le répète pas pour que je le réalise vraiment, mais c'est vrai que je me le dis souvent : « ouais, t'es infirmière, t'es plus élève » (Katie, IDE 1, EdE 1, ligne 255).

Et c'est vrai qu'aujourd'hui je me sens infirmière, je peux le dire, mais j'ai mis du temps à le dire. Qu'on se présente au patient, on le dit tout doucement, et moi j'avais l'impression de ne pas y croire (Anne, IDE 4, EEb4, ligne 240).

La prise de conscience du soi professionnel (infirmier) peut passer par l'énonciation, mais aussi par des éléments reconnaissant ce statut comme la rémunération.

Dans le processus d'énoncer son identité professionnelle, la prise de conscience peut être exprimée par les professionnels sous les formes suivantes : « le réaliser et se le redire », « le vivre concrètement par la rémunération ».

Quand j'ai eu ma première paie, « ah ouais, en fait, je suis vraiment infirmière, c'est plus les indemnités de stage [/][**] », sur le ton de la rigolade, mais c'était quand même un moment important (Katie, IDE1, EdE1, ligne 205).

La référence à la rémunération place le professionnel dans sa profession, ici infirmière (Dubar, 2011). L'opposition professionnel à débutant a évolué, le premier terme faisait référence à un individu intégré au groupe, expérimenté et reconnu par lui-même et par ses pairs. La personne peut aussi être un débutant professionnel si elle gagne sa vie avec une activité pas suffisamment maîtrisée et qui ne permet pas de s'identifier (Ibid., 2011, p.11). Le débutant n'était pas considéré comme un professionnel, mais le terme n'a cessé d'évoluer jusqu'à faire apparaître l'acception de professionnels débutants.

Enfin, les débutants peuvent présenter un sentiment identitaire professionnel sous les énonciations du type « se sentir infirmier », « se sentir pleinement infirmier », « se sentir au sein du patient » ou bien, « se sentir au sein de l'équipe ».

Je me sens pleinement infirmière, au sein de l'équipe et surtout, au sein du patient (Katie, IDE1, EdE 1, ligne 126).

La débutante présente un **sentiment identitaire professionnel** démontrant qu'elle se sent à sa juste place dans la relation professionnelle.

3.2. Le sentiment de valeur personnelle

Le sentiment de valeur personnelle, comme composant du sentiment identitaire du sujet, influence le sentiment d'exister. Il est traduit dans notre étude comme le sentiment d'exister en tant que professionnel débutant.

Ce sentiment d'exister en tant que professionnel débutant se révèle comme une étape intermédiaire pour permettre au sentiment d'être professionnel de se déployer. Ce processus rejoint celui du projet identitaire du sujet en question.

Dans l'analyse précédente cherchant à comprendre le processus de reconnaissance professionnelle chez le débutant infirmier, le sentiment de valeur personnelle verbalisé par le sujet débutant permettait de rendre visible la posture de contrôle et d'évaluation des autres professionnels vis-à-vis du débutant. Les postures professionnelles, qu'elles soient de contrôle, de reconnaissance ou d'autres, ne semblent pas avoir les mêmes effets sur les sujets débutants.

Pour démontrer dans notre analyse, l'influence du sentiment de valeur personnelle sur le développement de la professionnalité émergente du débutant, l'étude de cas de Marc (IDE 3), infirmier débutant, considérée comme emblématique de ce composant identitaire, semble pertinente. **Le sentiment de valeur personnelle rejoint alors le sentiment de valeur professionnelle.**

Dans le cas de Marc, les postures professionnelles des autres significatifs vis-à-vis de lui, étant lui-même infirmier diplômé et verbalisant déjà un **sentiment d'être professionnel**, lui semble à présent illégitimes. Des processus subjectifs d'évaluation par le débutant lui-même sous-tendent le sentiment identitaire professionnel. Son soi professionnel s'affirme dans les situations professionnelles, notamment celles des interactions avec ses pairs.

On sait qu'on est diplômé, on est infirmier, elle est infirmière, la personne en face elle est diplômée, elle n'a pas forcément à juger mon travail, parce que moi je n'irai pas juger le sien (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 107).

Les verbalisations de Marc dévoilent son **sentiment de soi**, affirmé chez ce débutant, témoin d'une confiance en soi et d'une force intérieure. C'est sur cette base que se développe le **sentiment identitaire professionnel** du débutant. Cela sous-tend son système d'attitudes et de comportements vis-à-vis des autres professionnels notamment. Il porte aussi de la valeur vis-à-vis de lui-même par la formation professionnelle menée et le diplôme obtenu.

Le sentiment de valeur se développe dans les relations avec les autres socialement signifiants pour le sujet. La relation professionnelle avec le médecin du service des urgences, qui préexistait dans une forme différente avant qu'il soit diplômé, marque une valeur du sujet débutant dans le regard d'autrui. L'intégration réelle du débutant à une équipe pluridisciplinaire peut prendre la forme d'une demande de tutoiement par le médecin et la référence à une cohésion d'équipe. La problématique de la reconnaissance professionnelle, en lien avec la problématique de la professionnalité émergente du débutant, réapparaît ici

Et quand j'ai vu justement un médecin que je connaissais en tant qu'étudiant, il m'a dit, « maintenant tu vas arrêter de me vouvoyer, tu vas me tutoyer, sinon ça ne va pas le faire, on est amené à travailler pendant des années ensemble, on va se croiser, ça va être tu, on est une équipe (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 130).

Voilà, avant je n'osais pas trop à communiquer avec eux, mais maintenant j'arrive à travailler, à communiquer ensemble, on est vraiment une équipe pluridisciplinaire (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 144).

L'intégration du débutant peut aussi prendre la forme d'une affirmation du soi professionnel dans les échanges professionnels en équipe. Ses verbalisations montrent son désir d'être quelqu'un pour les autres membres de l'équipe. Il souhaite développer son sentiment d'appartenance.

C'était lors d'une réanimation [...] il a fait son arrêt cardiaque, ce n'était pas attendu. Moi ce jour-là, j'étais en salle de déchoquage, ils nous l'ont amené directement et là je me suis dit

« c'est l'occasion ou jamais de faire tes preuves, de montrer ce que tu vauds à l'équipe », donc je n'ai pas hésité, j'ai sauté dessus, voilà (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 167).

La recherche de valeur personnelle par le sujet infirmier débutant aux yeux de l'équipe est prégnante dans la situation. L'objectif pour le débutant est de prouver à autrui sa valeur personnelle en tant qu'infirmier (même débutant), et par là même démontrer sa valeur professionnelle.

Après cette situation professionnelle où il a montré à l'équipe qu'il était capable de gérer la réanimation d'un patient, il a pris conscience que cette situation avait déclenché chez les membres de l'équipe (les pairs infirmiers, les aides-soignantes, les médecins) le début d'un autre type de relation, celui de la relation professionnelle inhérente à une équipe nécessairement solidaire, comme l'exigent les conditions de travail du service de soins des urgences.

Il y a eu beaucoup de compliments après ». « La personne qui m'a dit il est top en réa, c'est une personne ça fait 10 ans qu'elle est aux urgences. Je pense que s'il avait été là sur la réa, je pense qu'il aurait été fier. Ma collègue, elle a dit « il l'a posé son gris en réa », [...] c'est agréable d'entendre cela, on se sent reconnu par ses collègues, par ceux qui ont plus d'expérience. L'infirmière elle a dit, mais Marc, en réa, c'est le top, quoi [...] et autant de compliments, ça me met en confiance, ça me permet de continuer, de... (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 166).

Il met lui-même en relation l'attitude gratifiante de l'équipe à son égard et l'élan que cela lui apporte « *pour continuer* ». L'hypothèse posée ici est de continuer à faire ce travail d'infirmier, de développer sa professionnalité émergente de débutant infirmier, autrement dit de continuer à se construire professionnellement en tant qu'infirmier.

Le débutant recherche de la valeur personnelle dans le regard d'autrui, mais aussi par le jugement qu'il porte sur lui-même. Les réussites fondent le sentiment de valeur personnelle et permettent au sentiment d'estime de soi (professionnelle, personnelle ou groupale) de se développer.

[...] pour moi **à l'intérieur**, ça a été rapide, ce petit sentiment de se dire, euh, waouh, j'ai posé un cathé, ce n'est pas pour dire la concurrence mais j'ai posé un cathé, assez gros, qui passe mieux que celui de ma collègue (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 257).

Dans cet extrait, la situation de réussite permet à l'estime de soi, par un système de comparaison (à l'action réalisée par une collègue), de se renforcer en situation professionnelle.

Le sujet débutant évalue la réussite de son action, et par là-même apprécie le soi professionnel en construction dans les débuts. **Son processus d'auto-évaluation déclenche le sentiment de**

valeur personnelle et professionnelle, et par conséquent lui permet ici de verbaliser son sentiment d'être professionnel.

J'ai su réagir en situation de réanimation, et je me suis senti vraiment professionnellement. (...) Je **me sens vraiment infirmier**, je me suis dit, j'ai su agir en situation (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 270).

Je peux regarder mes collègues dans les yeux, ils savent ce que je vauds (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 308).

Dans la situation de Marc, il a complètement intégré psychologiquement qu'il était un débutant et de ce point de vue, qu'il devait démontrer et montrer ses capacités d'être professionnel compétent et performant dans l'action et, ce devant l'équipe. Son projet identitaire est fort et structuré autour de cette volonté d'exister rapidement en tant qu'infirmier. Son sentiment de différence est atypique des autres débutants car il en prend pleinement conscience avec une volonté d'effacer cette différence rapidement et non pas, comme certains autres débutants peuvent le vivre, comme une recherche de reconnaissance de cette différence de statut de débutant, pour pouvoir prendre le temps de débiter. Le sentiment de différence est vécu par les néo-infirmiers à des niveaux différents.

Pour Marie (IDE 6), le sentiment de différence est lié à l'expérience précédant la formation infirmière, au statut de professionnel aide-soignante dans ce même secteur.

C'est un peu compliqué ma situation, parce que j'ai longtemps été aide-soignante [...]. Je ne veux pas qu'on me considère comme une jeune diplômée, avec mon expérience que j'ai, même si c'était pas dans ma fonction actuelle, j'ai quand même des connaissances. Je me sens plus compétent que quelqu'un en infirmier qui travaille depuis 5 ans, voilà. Je me suis déjà imposée dès le départ » (Marie, IDE 6, EEd 6, ligne 447).

Pour Marc, il a pris conscience de cette différence. Pour lui, il est urgent de faire disparaître cette différence (entre nouveau diplômé et ancien) et verbalise également une volonté de se démarquer des autres « nouveaux ».

Les médecins ont pu voir que je ne suis pas forcément le nouveau, et voilà il ne faut pas lui faire confiance, parce que souvent, **ils évitent de mettre des nouveaux** sur des situations comme cela (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 315).

Le résultat de cette réussite dans l'action face aux autres professionnels, aux yeux desquels il est important d'être valorisé, permet à ceux-ci de faire évoluer leur regard sur le jeune diplômé et de le considérer comme digne de recevoir leur attestation de valeur que nous nommons ici « valeur professionnelle ».

Ils ont un regard différent ; Marc, le roi de la déchoque, c'est agréable à entendre, [...] ; Après je ne suis pas apte pour réagir à toutes les situations, mais ça me donne de la confiance pour repartir (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 369).

Il prend conscience de sa valeur professionnelle, tout en gardant une vigilance sur ses capacités qui sont encore en cours de développement. Enfin, le sentiment de valeur ressenti par lui-même et la valeur professionnelle renvoyée par l'équipe lui permet de développer son sentiment de confiance en tant que sentiment social et une aptitude à participer à la vie collective (Adler, 1911).

L'ensemble de ces ressentis personnels lui permettent d'affirmer sa propre valeur professionnelle, comme dans l'extrait suivant. Cette phase d'attestation (Ricoeur, 2004) lui permet de se reconnaître lui-même dans sa capacité à faire et sa croyance en son pouvoir d'agir.

Je me suis dit, je suis bon (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 373).

Le renforcement du sentiment de confiance, un des composants du sentiment identitaire, s'est développé dans la capacité de participation aux rôles professionnels, dans des relations professionnelles favorables au développement de celui-ci. Il a également une incidence sur le sentiment d'appartenance.

Ce sentiment d'appartenance à une équipe professionnelle peut se révéler aux moments des repas entre collègues de travail. L'intégration du débutant aux repas collectifs symbolise aussi son intégration professionnelle. Ce partage de ce temps n'existe pas en tant qu'étudiant :

T'es étudiant, rien que le repas avant, c'était : « *toi tu manges à part, on mange entre nous et toi tu manges sur le côté* » (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 179).

Le rôle en collaboration infirmier-médecin est clairement défini dans les verbalisations de l'infirmier débutant et apporte à nouveau un sentiment de valeur et d'utilité de son rôle professionnel à l'infirmier débutant.

Il y a beaucoup de médecins, d'internes, qui disent c'est vrai franchement **sans vous les infirmiers, on est pas grand-chose**. Parce que nous, ils nous disent, on écrit que le papier, on vous dit quoi faire, on vous guide, mais si vous n'étiez pas là, on ferait rien, il y aurait rien qui avancerait, et on serait un peu... on est leur bras droit en fait (Marc, IDE 3, Ede 3, ligne 268).

En synthèse, le sentiment de valeur personnelle influence le sentiment d'exister en tant que professionnel et permet au sentiment identitaire professionnel de se révéler.

3.3. Le sentiment de capacité personnelle

Le sentiment de capacité personnelle est au fondement d'une capacité professionnelle. Son développement se forge principalement dans le sentiment de confiance et d'autonomie que le sujet éprouve en situation. Le sujet-débutant mobilise des composants du sentiment identitaire pour répondre, en situation professionnelle, aux attentes professionnelles en termes de qualité, sécurité, collaboration dans la mise en œuvre des actions (composantes professionnelles : reconnaissance, valeurs, savoir-faire), mais aussi pour s'ajuster Soi en tant que professionnel présentant une unicité, une cohérence, une différence, une valeur personnelle, une autonomie, une confiance et une appartenance.

Le sentiment de capacité personnelle, autrement dit « *se sentir capable* » permet au sujet de développer son sentiment identitaire de professionnel débutant préparant le socle possible de développement du sentiment identitaire professionnel. Cependant, ce processus ne se fait pas naturellement chez les débutants, ni même automatiquement par un diplôme ou une prise de poste en tant qu'infirmier. Il se construit petit à petit par la conjonction de facteurs extrinsèques mais avant tout intrinsèques, sans lesquels il ne pourrait se développer.

Nous avons décrit précédemment l'influence de la reconnaissance professionnelle vis-à-vis du débutant et nous n'occultons pas son importance. En référence au parcours de la reconnaissance (Ricœur, 2004), les capacités attestées et reconnues par le sujet lui-même permet à la reconnaissance de soi par soi de s'installer. Ces capacités rejoignent l'idée du pouvoir d'agir et peuvent être conscientisées par le sujet dans un « processus réflexif du Soi qui, dans le moment d'auto-désignation, se reconnaît soi-même » (Ricœur, 2004, p.142).

Cependant, les postures de reconnaissance professionnelle (même favorables) ne peuvent à elles-seules permettre le déploiement du sentiment identitaire professionnel. Alors quels sont ces facteurs ? Sont-ils réellement intrinsèques ? Sont-ils inscrits dans un parcours biographique débutant dès la petite enfance, ou sont-ils déclenchés par des événements de vie marquant le sujet dans son profond Moi. Les réponses à ces questions sont complexes et subtiles à la fois, dépendant largement de qui est et a été la personne en éducation, en formation puis en formation en alternance avec des immersions professionnelles longues, en situation de travail, en situation d'enfants et/ou de parents, etc.

Dès les entretiens préparatoires (phase 1 de l'étude), la capacité personnelle et professionnelle est interrogée par les répondants qui vont débiter dans quelques jours ou semaines.

Que j'ai la peur derrière, la peur de pas y arriver, la peur de mal faire, voilà quoi mais **j'ai besoin d'être confrontée à la réalité pour voir où je suis, ce dont je suis capable**, si j'ai une image de moi où je pense que ça va aller mais j'ai besoin d'être confrontée à ça pour savoir justement où j'en suis (Ève, IDE 5, EpE 5, Ligne 77).

Le verbatim « **capable** » est récurrent dans les entretiens menés auprès des débutants infirmiers. C'est alors de la capacité professionnelle dont il s'agit. Le sentiment de capacité professionnelle relèverait du vécu du débutant et lui permettrait de développer son sentiment identitaire professionnel et par là même, de permettre à sa professionnalité spécifique de débutant de prendre forme. Les débutants expriment spontanément ce sentiment lorsqu'ils décrivent leurs débuts professionnels.

Certaines représentations sont fortes dans le groupe professionnel, comme celle de se montrer capable face aux membres du groupe. « Être capable d'encadrer une élève » peut alors être vécu comme une injonction de capacité professionnelle, lorsque le sujet est diplômé et professionnel.

Ben, **j'étais capable** [**] parce que quand on est assis dans un bureau et qu'on mène des entretiens, c'est du travail infirmier. Mais là [/] gérer une urgence, **montrer qu'on est capable**, ça c'est bien (Anne, IDE 4, EdE4, ligne 269).

Les entretiens abondent d'exemples où la capacité professionnelle est attendue. Nous en citons quelques-uns : être capable d'écouter les patients, être capable de savoir ce que les patients ont à dire, être capable d'expliquer, être capable d'évoluer, être capable de faire le même travail que la collègue infirmière.

La prise de conscience de sa capacité de faire en situation (en référence à Ricœur, 2004, *phénoménologie de l'homme capable*, p.137-163) permet le développement du sentiment de capacité professionnelle, qui déclenche celui du sentiment identitaire professionnel.

En termes de considérations épistémologiques, le sujet débutant incarne des sentiments intrinsèques, de l'ordre de son Moi intérieur considérant des éléments indissociables de son épanouissement personnel (et professionnel) telles que l'unité de soi, la cohérence personnelle (dans une continuité de vie et de projet identitaire), la confiance et la valeur portée sur soi permettant à l'estime de soi de s'accroître.

Dans ce chapitre 3, l'analyse porte sur l'émergence du sentiment identitaire chez les débutants infirmiers. Elle a été menée par l'étude des vécus de référence des débutants, par la réduction phénoménologique des situations signifiantes des débuts professionnels par le sujet et enfin, par l'exploration des formes de verbalisations du sentiment identitaire professionnel. L'incorporation progressive par le sujet débutant des composants du sentiment identitaire (cohérence, unité, valeur, confiance, appartenance, différence, autonomie) et des composants professionnels (valeurs, reconnaissance et savoir-faire) permet de déclencher le sentiment identitaire professionnel. Le sentiment de capacité personnelle et professionnelle développé dans les débuts y contribue.

Chapitre 4 : Les épreuves de professionnalité du débutant infirmier

Ce chapitre 4 propose une analyse des différentes formes d'épreuves de professionnalité vécues par les débutants de notre cohorte. La mobilisation du sentiment identitaire pour faire face aux épreuves est repérée dans les stratégies des débutants pour faire face aux situations. Les effets du vécu des épreuves de professionnalité sur le développement de la posture professionnelle du débutant sont étudiés.

Les débuts professionnels peuvent être considérés comme une période professionnelle de transition pendant laquelle le débutant peut vivre des épreuves de professionnalité « au double sens *d'éprouver* une situation difficile et de *faire la preuve* de ses capacités à faire face » (Martuccelli, 2006, cité par Ravon, 2009, p.62). Nous verrons que le débutant découvre que parfois, il faille prouver sa professionnalité. Il semble alors qu'il doive prouver ou démontrer qu'il est infirmier et un professionnel. La légitimation par le diplôme n'est pas automatique aujourd'hui. Les apprentissages lui permettent de prendre en soin les patients mais pas « d'être infirmier ». En effet, « être infirmier » présente une dimension bien plus « identitaire », elle ne relève pas d'une formation professionnelle mais d'un ajustement de soi dans la situation de débiter en tant que professionnel. Ceci ne s'apprend pas mais se vit par tâtonnement dans une réalité professionnelle où l'infirmier n'a pas d'autres choix que de se confronter aux situations mais aussi aux autres professionnels.

Certains débutants vivent le processus naturellement, d'autres le vivent plus difficilement, et ainsi rapprochent ce vécu d'une épreuve au sens d'éprouver et de devoir y faire face. Une épreuve de professionnalité est centrée « sur les troubles éprouvés au sein de l'action elle-même, lorsque les professionnels font état d'une grande perplexité face à l'incertitude des situations rencontrées, parce qu'ils n'arrivent plus à discerner au juste ce qu'il convient de faire » (Ravon & Naquet, 2014, p.268).

Cette notion met en lumière des vécus des débuts professionnels des infirmiers dans la mesure où elle peut permettre de rendre compte de l'influence du contexte des débuts professionnels (pression, injonction, etc.), des personnes et de la nécessaire adaptation du sujet dans ce

contexte. Elle éclaire la **dimension de la subjectivation au travail et l'ajustement de soi pour garder un juste équilibre** (sentiment d'unité et de cohérence). Cette dimension subjective permet le développement professionnel.

Le débutant professionnel va devoir connaître et identifier les normes, les règles institutionnelles, des éléments de fonctionnements formels et informels, découvrir la culture d'entreprise, etc. Les infirmières débutantes « vivent la première étape de leur insertion professionnelle comme une véritable rupture par rapport à ce qu'elles ont connu antérieurement » (Dauce⁴⁶, 2007, cité par Robin, 2009) notamment, dans les services où les soins techniques sont majoritaires. Le sentiment d'appartenance et les liens de solidarité permettent au débutant de sortir de cette « épreuve ».

Notre approche met le primat sur le développement du sentiment de différence, dont nous faisons l'hypothèse qu'il permet au débutant de vivre les épreuves de professionnalité, de traverser cette période et d'en sortir transformé identitairement. Le contexte de cette étude montre que les professionnels ont de moins en moins de temps pour débiter avec des injonctions d'être opérationnels et rentables très rapidement, voire dès leur prise de fonction. Les dispositifs de tutorat et d'encadrement mis en place renforcent cet aspect par leur variété, leur durée, leur forme, voire leur absence.

1. Les différentes formes d'épreuves de professionnalité des débutants

1.1. Une injonction à une opérationnalité immédiate : Marie

Les épreuves de professionnalité vécues par Marie peuvent s'apparenter à une forme d'injonction à l'opérationnalité immédiate, à une pression sur sa propre efficacité et son rendement et à une forme de non-acceptation par ses pairs en tant qu'infirmière.

⁴⁶ Dauce A., mémoire cadre de santé, Université Catholique de l'Ouest et Institut de Formation des Cadres de Santé, 2007.

Parce que quand j'étais avec mes autres collègues, j'avais toujours l'impression, je suis diplômée, mais j'ai toujours l'impression d'être une **élève**. Dans cette période-là, il y avait toujours eu une baisse d'estime de soi un petit peu, c'était toujours un petit peu compliqué les rapports avec les autres, tout ce qu'on faisait, **c'était jamais assez bien fait**. Ben voilà, ça confirme que je suis infirmière et que je suis compétente (Marie, IDE 6, Ede6, ligne 220).

L'épreuve de professionnalité vécue par Marie passe par l'évaluation de son travail infirmier par les autres soignantes qui entraîne notamment son maintien dans une posture de stagiaire et qui ne favorise pas des relations professionnelles constructives. Elle perçoit chez les autres professionnels des facteurs non favorables à son développement professionnel. A nouveau ici, il est question du statut d'étudiant dans lequel les autres professionnels maintiennent parfois les débutants, notamment par une relation au débutant calquée sur celle de la relation au stagiaire, ou bien en procédant à un déni de reconnaissance du diplôme et du statut dans lequel le débutant est aujourd'hui.

Par ailleurs, Marie décrit des éléments stressants pour elle tels que l'injonction à la rapidité et à la productivité, qui sont contextuels de l'environnement de travail, et relayés (car incorporés) par les infirmiers plus anciens. Pour elle, cette pression vécue et appuyée par les infirmiers expérimentés est une épreuve de professionnalité dans le sens où elle doit faire face aux situations et aux conditions de travail comme tout professionnel infirmier.

Il y a un double déni des autres professionnels infirmiers vis-à-vis de Marie : celui de la reconnaître infirmière et aussi celui de la reconnaître débutante.

Parce que j'ai l'impression quand on est jeune diplômée, j'ai l'impression on cherche **toujours à pousser les limites, qu'on nous pousse au bord de nos limites**, pas pousser les limites, mais toujours nous pousser au bord de nos connaissances, enfin, il y a des choses qu'on sait pas, il faudrait savoir tout tout de suite, il faudrait être très rapide tout de suite, il faudrait faire tout tout de suite tout bien (Marie, IDE 6, EdE 6, ligne 292).

Les épreuves de professionnalité vécues par Marie sont de diverses formes. D'une part, de ne pas la reconnaître en tant qu'infirmière et en tant que débutante, mais aussi en lui faisant vivre des pressions (l'interroger sur ses connaissances, lui demander d'être rapide, opérationnelle, efficace et efficiente), provoquant chez elle, un « *stress intense* ». Le vécu des débuts professionnels peut être difficile par les débutants, provoquant comme dans ce cas, un état de stress intense.

En somme, l'infirmière débutante Marie parle de ses débuts professionnels en évoquant l'attitude des collègues soignantes vis-à-vis d'elle. Ces dernières ne la reconnaissent pas en tant que nouvelle infirmière avec des besoins qui seraient spécifiques (plus de temps pour réaliser les soins, besoin d'être épaulé, rassuré, guidé, besoin que les collègues lui apprennent

des choses ou lui apportent des connaissances au sujet de pratiques qu'elle ne connaît pas, par exemple). Les exigences de rapidité et d'efficacité portées sur la nouvelle recrue créent chez elle un sentiment de stress. Marie vit une reconnaissance en pointillé car son expérience montre qu'elle est reconnue par les patients et par le médecin en tant qu'infirmière. Cependant le manque de reconnaissance par ses pairs de son statut d'infirmière et de novice induit chez elle un sentiment de stress auquel elle répond par la fuite de l'environnement professionnel. Marie vit un « brouillage de la professionnalité émergente » (Jorro, 2009) provoqué par le vécu des deux types de reconnaissance, celle assignée et celle en pointillé. Trois types de réaction au stress peuvent s'exprimer (Fradin, 2008), la fuite (comme dans le cas de Marie), les luttes verbales et physiques et le recours à l'inhibition. L'infirmière débutante quitte ce premier poste finalement. Dans la situation d'entretien, l'infirmière débutante laisse à voir son processus de réflexion :

De devoir se dire toujours, il faut que je sois super compétente, il faut que je sois super rapide, il faut que je pense à tout. Ben, c'est assez compliqué, c'est assez compliqué des fois quand même. Et on se pose dix milles questions des fois, puis finalement on n'avance pas bien (Marie, IDE 6, EdE 6, ligne 292).

Son sentiment d'appartenance et de différence ne se développe pas ici dans sa première expérience.

L'épreuve de professionnalité peut prendre la forme de *pièges* ou de tests par les collègues infirmiers. Les critiques incitent la débutante à progresser, à vérifier et à continuer à apprendre sur le terrain professionnel. Elle est passée par une phase de susceptibilité aux remarques de ses collègues, qui s'est estompée par le renforcement de son **sentiment de confiance** dans son activité professionnelle auprès des patients.

Il a fallu vraiment que j'apprenne vite, ils sont exigeants mes collègues [...].Voilà, ils me piègent un petit peu de temps en temps. Au début, je le prenais mal. Oui, maintenant, je me dis que nul n'est parfait, qu'on ne peut pas connaître le Vidal en entier [...]. J'essaie de m'informer. Je ne donne pas n'importe quoi à mon patient. Voilà, au début, les critiques elles me touchaient, parce que je voulais être parfaite. Mais maintenant, ce n'est pas que je n'ai pas de conscience professionnelle, mais je fais correctement mon travail avec mes patients. Et si je m'entends bien avec mes collègues, c'est encore mieux, mais je n'ai pas à changer pour eux non plus (Marie, IDE 6, EEb 6, ligne 558).

1.2. Une évaluation indirecte : Katie

L'épreuve de professionnalité vécue par Katie se présente sous la forme d'une évaluation indirecte et hiérarchique. Dans la situation, l'infirmière expérimentée avait transmis les oublis de la novice directement à la cadre de santé, sans lui en avoir fait part auparavant. Katie, la

débutante, en a donc été avertie directement par sa hiérarchie, qui lui a demandé de réajuster rapidement et a mis en place un contrôle de son travail et de ses connaissances. L'infirmière débutante a vécu ce moment comme une épreuve. La situation l'a déstabilisé, lui a provoqué des doutes, et l'a renvoyé à un statut d'étudiante. Finalement, elle a surmonté cette épreuve et a choisi d'y faire face, en rentrant dans une communication professionnelle avec l'infirmière plus expérimentée qui prenait son relai dans le service de soins. Au quotidien, elles ne travaillent pas ensemble, mais se transmettent les informations pour la continuité des soins au moment de l'inter équipe. Ainsi, la jeune infirmière a réussi à lui demander de lui dire directement si elle commettait des erreurs ou des oublis dans les actions professionnelles, avant de passer par la hiérarchie.

Ça a été un moment dur pour moi, vraiment je me suis posée la question, est-ce que je suis vraiment infirmière, vraiment de me dire, cette phrase elle m'est revenue : ton diplôme tu ne l'as pas volé, tu as travaillé pour. (Katie, IDE1, EdE1, ligne 287).

[.] j'ai eu des petits soucis avec une infirmière en particulier, parce qu'elle ne me le disait pas, ça va pas, t'as oublié ça, moi je préfère qu'on me le dise, moi c'est mon premier poste et je suis consciente que j'oublie encore des choses, qu'il y a des choses qui ne me viennent pas naturellement et [...] elle s'est fait une petite liste de toutes mes erreurs, qu'elle a laissé à la cadre et donc lors de mon entretien, la cadre elle me l'a ressortie, et du coup elle m'a interrogé sur toutes mes connaissances, sur mes normes [...] je lui ai dit, si je ne suis pas assez compétente, dites-le-moi, renvoyez-moi, faites quelque chose, ne me laissez pas comme ça, elle m'a dit, mais non c'est pas ça. Mais moi c'est comme cela que je l'ai ressenti. Alors là je ne me sentais pas du tout infirmière, là je me sentais, je sais même pas ce que je me sentais, j'étais au plus bas, et ça a été un moment vraiment dur (Katie, IDE1, EdE1, ligne 297).

Nous précisons que cette épreuve de professionnalité relève d'un défaut d'accompagnement professionnel qui aurait permis d'accompagner la débutante dans le réajustement de ses actions. Elle montre une situation dérangeante de ce point de vue dans la mesure où il est attendu que les infirmières expérimentées encadrent les nouvelles recrues et leur expliquent les réajustements nécessaires à la qualité et à la sécurité des prises en soins. Le manque de communication professionnelle de l'infirmière plus ancienne vers la nouvelle est interpellant dans la situation.

La débutante a finalement développé des compétences professionnelles nécessaires, en puisant dans des ressources d'ordre identitaire. Elle a surmonté l'épreuve de professionnalité et a continué à se développer professionnellement. Son socle de cohérence et d'unité personnelle a favorisé son adaptation de Soi à la situation éprouvante vécue.

1.3. Une reconnaissance instable : Marc

L'épreuve de professionnalité vécue par Marc peut être désignée comme une forme de reconnaissance instable. Certains lieux et situations peuvent exacerber les épreuves pour le débutant de développer sa professionnalité. C'est le cas notamment du mode d'exercice du travail intérimaire où le professionnel exerce en tant que personnel de remplacement et où il ne sent pas reconnu.

L'épreuve de professionnalité à la lumière de la reconnaissance en pointillé : cas de Marc

Quatre mois après sa prise de poste en tant qu'infirmier, Marc, l'infirmier débutant décrit deux moments différents de ses débuts professionnels. Il a tout d'abord commencé par une expérience en tant qu'infirmier intérimaire pendant deux mois, puis intégré un service d'accueil et d'urgence dans lequel il avait postulé dès sa sortie de formation. Les deux expériences de débuts professionnels sont différentes. De son expérience professionnelle en intérim, Marc retient le caractère passager de la présentation de soi en tant qu'infirmier.

C'est surtout quand on arrive : « Bonjour, je suis Marc, infirmier de jour aujourd'hui », ça fait très passager en fait. On est ballotté d'un endroit à l'autre, à un moment on se sent vraiment bouche trou [/] (Marc, IDE 3, EdE 3, ligne 78).

Les débuts de Marc en intérim montrent une reconnaissance en pointillé (Jorro, 2009), typique des lieux où les professionnels sont de passage, sans une place reconnue dans l'équipe de travail. En effet, sa présentation de soi en tant qu'infirmier ne précise pas qu'il est débutant. Il n'est pas connu des patients et des soignants et choisit de réduire sa présentation à celle d'un infirmier. La recherche de la confiance et de la reconnaissance est au cœur de ce choix de présentation (il faut être concis et accepté rapidement).

Dans les débuts professionnels, les épreuves de professionnalité sont multiples et déclenchent chez le débutant des questionnements et des remises en question. Dans sa quête de professionnalité, le débutant peut ressentir un découragement, un rejet de la part des autres professionnels ou tout autre forme de sentiment, mais c'est l'adaptation de Soi qui lui permet d'avancer. La recherche d'une harmonie de soi ou unité de soi guide le débutant dans ses ajustements de Soi. Les ressources du sentiment identitaire sont importantes dans une logique personnelle du sujet. Certaines épreuves de professionnalité mettent en tension le sujet qui débute, elles peuvent faire vivre une forme de stress. Les ajustements de Soi se font alors en puisant des ressources d'ordre identitaires. Par le renforcement de certains composants du sentiment identitaire, et notamment le sentiment de différence, il s'efforce alors d'exister en tant que débutant professionnel.

2. La mobilisation du sentiment identitaire pour faire face aux épreuves de professionnalité

2.1. Le sentiment de différence

A la question, « En quoi le sujet débutant est-il différent des autres professionnels ? », nous souhaitons répondre tout simplement qu'il débute. Aussitôt s'adjoint la seconde question : « Débuter est-elle une épreuve ? » et si oui, « Que mobilise le sujet pour y faire face ? ».

Le sentiment de différence vécu par les débutants concourt au développement de la professionnalité et fait partie du processus de différenciation central dans la socialisation professionnelle. Ce sentiment de différence peut s'avérer être fort dans les débuts professionnels. Au niveau du groupe, il permet au sujet de voir ce qui le différencie du groupe, et permet à l'identité groupale et culturelle de se construire. Les sujets prennent conscience de ce qui les différencie des autres dans un groupe et, par ce processus de différenciation, ils saisissent leur appartenance au groupe.

Le sentiment de différence est en relation de mutuelle dépendance des sentiments de singularité et d'unicité. Il émerge du sentiment d'identité personnelle dans la mesure où le sujet se distingue des autres en vivant son unicité et sa singularité.

Le sentiment de différence permet au sujet de prendre conscience de son identité personnelle et singulière et permet de renforcer le sentiment d'existence. Ainsi, il se considère dans l'altérité, donc comme un autre, et jamais totalement identique à autrui.

Le sentiment de différence est un des composants du sentiment identitaire, qui éclaire la professionnalité spécifique des infirmiers débutants. Il semble nécessaire pour eux, dans une étape intermédiaire qui fait suite à la formation, de se différencier des autres infirmiers. Ainsi, certains débutants se reconnaissent eux-mêmes comme différents, ou bien, les membres du groupe leur reconnaissent ou non cette différence (de débutant), ou bien les deux, dans la réciprocité d'une démarche de reconnaissance mutuelle.

L'émergence du sentiment de différence chez les débutants peut les aider à gérer ces épreuves, et leur permet d'être dans un continuum de transformations identitaires. L'élan vital impulsé par le sentiment identitaire leur donne la force et l'énergie de faire face aux situations. Ces situations sont souvent celles auxquelles les sujets ne s'attendent pas car ils ne s'y sont pas préparés, ou n'y ont pas été préparés. Dans les dispositifs, une préparation à la prise de fonction pourrait être envisagée, dans laquelle seraient abordées les représentations de soi professionnel, le processus d'intégration et les éventuelles formes d'épreuves de professionnalité que l'acte de débiter peut engendrer.

Nous ciblons ici dans notre analyse quelques cas de notre cohorte. Le tableau d'analyse (annexes 7 à 14) présente les verbatim en lien avec les composants du sentiment identitaire pour l'ensemble des débutants infirmiers.

Il faut vraiment être dans son soin, dans ses surveillances, en fait **il faut être soi** (Marie, IDE 6, EdE 6, ligne 306).

Dans le cas de Marie, le sentiment de différence peut être clairement ressenti et exprimé : elle est diplômée infirmière depuis récemment. Doublée de la différence de régime, car elle est infirmière civile en hôpital militaire. Elle présente un fort degré de sentiment d'unité singulière qu'elle exprime elle-même dans son discours sous la forme d'être soi : « *il faut être soi* ».

Les valeurs sur lesquelles elle s'appuie sont des valeurs humanistes, de bienveillance et de sécurité des soins vis-à-vis de la personne soignée (exemple : prévenir la douleur d'un patient

lors d'un soin). Ces valeurs rejoignent les valeurs professionnelles auxquelles se réfère le groupe professionnel.

Le sentiment de confiance professionnelle se développe par sa capacité et sa réussite dans son rôle de surveillance et de soins. Sa capacité de gérer une situation professionnelle déclenche un sentiment identitaire professionnel fort « *Mais à ce moment précis, là moi c'est Marie, je suis infirmière, je suis compétente, je gère* » (Marie, IDE 6, EdE 6, ligne 222) et permet à la professionnalité émergente du débutant de se développer.

2.2. Les sentiments d'unité singulière et de cohérence

Les sentiments d'unité singulière et de cohérence sont des composants du sentiment identitaire. Ils répondent à un besoin d'authenticité dans la relation professionnelle avec les patients et les pairs.

Dans le cas de Marie (IDE 6), la relation est envisagée sans artifice et avec authenticité « *il faut être soi* ».

Si je m'entends bien avec mes collègues, c'est encore mieux, mais je n'ai pas à changer pour eux non plus (Marie, IDE 6, EdE 6, ligne 562).

Pour Ève, sa cohérence personnelle et son unité singulière s'incarnent dans sa conception du travail en collaboration. En tant qu'ancienne aide-soignante, elle reproduit un modèle qui lui a donné envie de devenir infirmière.

Je fais tout en binôme [...] infirmière-aide-soignante. Avec les patients, je reproduis un peu ce que j'aimais, avec ma collègue aide-soignante (Ève, IDE 5, EEb 5, ligne 288).

Vivianne incarne son sentiment d'unité singulière dans les moments qu'elles partagent avec les personnes âgées.

Ben moi je vois surtout les moments riches avec les résidents qui me reviennent, c'est clair (Vivianne, IDE 8, EdE 8, ligne 199).

3. La posture professionnelle du débutant déclenchée par les épreuves de professionnalité

La posture professionnelle entendue comme « la situation dans laquelle agit un professionnel, tout autant que le système d'attitudes qu'il adopte dans cet exercice » (Mulin, 2014, p.213) émerge ici dans et a posteriori de situations vécues comme des épreuves.

L'approche de la professionnalité émergente des débutants professionnels infirmiers par les épreuves de professionnalité permet de mettre en exergue la force du sentiment identitaire dans les épreuves. Nous posons l'hypothèse du rapport entre les épreuves et les capacités du débutant d'y faire face, et proposons ici que soit analysée **le déclenchement de la posture professionnelle par la gestion adaptée de ces épreuves par l'individu qui débute. Cette gestion se ferait par le sentiment identitaire** (Cette hypothèse opérationnelle 4 est en lien avec l'hypothèse de recherche 3 selon laquelle la construction de la professionnalité du débutant infirmier est en interdépendance avec le sentiment identitaire).

Souvent confondue avec la notion de souffrance au travail (Ravon & Naquet, 2014), la notion d'épreuves de professionnalité éclaire ce mouvement vers une professionnalité du débutant, cette dynamique de professionnalité s'enclenche et permet de produire de la réflexivité chez le sujet. Le débutant infirmier acculturé au milieu professionnel par les stages de formation dépasse rapidement les effets délétères que pourraient avoir ces épreuves pour en faire des alliées et des ressources, qui lui permettent d'éclairer sa propre posture et le chemin à franchir pour se sentir pleinement à sa place ou se sentir pleinement professionnel.

(i)	Vécu d'une épreuve de professionnalité
(ii)	Mobilisation du sentiment identitaire (exemple par le sentiment de différence : sentir que je suis différent - accepter d'être différent - admettre que je suis en situation de débutant)
(iii)	Gestion de l'épreuve (différentes modalités de gérer l'épreuve : dire qu'on est débutant, donner des preuves de ses capacités à être infirmier, dire qu'on est infirmier et s'entendre dire qu'on débute et qu'on est infirmier.)
(iv)	Résultat (le dire) : Se sentir infirmier (ou infirmier débutant)
(v)	Résultat (le vivre) : Vivre sa professionnalité émergente de débutant

Tableau 12 : Étapes vers la professionnalité émergente du débutant.

Les postures professionnelles déclenchées : Katie (IDE 1), Marc (IDE 3), Marie (IDE 6).

L'épreuve de professionnalité, sous la forme d'une évaluation indirecte et hiérarchique, vécue par Katie a déclenché chez elle une affirmation de soi professionnel dans sa posture à l'égard de l'autre infirmière. Comme exposé précédemment, la forme d'épreuve de professionnalité vécue, a provoqué l'installation d'une relation professionnelle, mobilisant son **sentiment d'appartenance** au groupe professionnel. Cette relation interpersonnelle s'est conformée aux modalités habituelles de transmissions professionnelles, appliquées à ses propres actions infirmières.

Et même, c'est ce qui m'a permis de voir que j'avais **grandi professionnellement**, c'est que j'ai pu parler à cette infirmière (Katie, IDE 1, EdE 1, ligne 321).

La posture professionnelle en évolution émerge ici dans une situation interactionnelle.

Katie exprime qu'elle s'est sentie pleinement infirmière, en se positionnant face à cette collègue infirmière plus ancienne.

L'infirmière qui a parlé à une autre professionnelle...oui, c'est ça oui, l'infirmière (Katie, IDE 1, EdE 1, ligne 349).

Cette épreuve de professionnalité met à jour deux processus, celui du sentiment identitaire et celui d'une posture professionnelle affirmée et incarnée. **L'incarnation de la posture professionnelle** (le système d'attitudes et d'adaptation de soi pour fonctionner professionnellement) passe pour nous nécessairement par l'intégration du sentiment

identitaire, voire des composants du sentiment identitaire, dans le projet identitaire, ici de se sentir infirmier. **Il s'agirait du sentiment identitaire professionnel.**

Marie développe sa posture professionnelle dans les interactions et la nécessité de prendre des décisions et d'être capable d'argumenter ses choix et ses prises de décisions.

Il a fallu vraiment que j'apprenne vite, ils sont exigeants mes collègues. Pourquoi t'as pas donné ça ? Ben je ne vois pas l'intérêt de donner un Leptamyl® s'il a 12 de tension, on peut lui reconstrôler la tension mais c'est pas obligatoire de donner un traitement si la tension est correcte (Marie, IDE 6, EdE 6, ligne 549).

Dans la première expérience professionnelle de Marc (IDE 3), sa mission d'intérimaire est de remplir le rôle et les missions d'un infirmier sur un temps d'une ou de plusieurs journées, en remplacement de personnels absents, ou en renfort d'une équipe de soins. Bien souvent, la situation de manque de personnel ne permet pas aux autres professionnels de l'accueillir et de l'intégrer. Tous savent que sa présence doit être opérationnelle et productive, afin de permettre à un service de soins de fonctionner et de prendre en soins l'ensemble des patients. Sa présence est limitée dans le temps, et rien ne garantit qu'il revienne dans le même service plusieurs jours de suite.

En intérim, Marc a intégré cet aspect spécifique de sa mission et a adapté **sa posture professionnelle** sur des objectifs de rentabilité et d'efficacité. Les limites de ce travail d'infirmier en intérim sont vécues progressivement par Marc en termes de sentiment de non-reconnaissance par l'équipe et la hiérarchie.

Ça fait passer, on est ballotté d'un endroit à l'autre, à un moment on se sent vraiment bouche trou [/]. (Marc, IDE 3, EdE 3, ligne 81).

Ces propos peuvent traduire un besoin d'être reconnu en tant qu'infirmier et en tant qu'individu, un besoin d'appartenir à une équipe. Il recherche un sentiment d'appartenance. En effet, il a postulé à un poste dans un service d'urgences et recherche le travail en équipe. Dans sa seconde expérience professionnelle, dans le service qu'il a choisi, il prend un poste fixe dans une équipe pluridisciplinaire. Des situations professionnelles permettent de faire preuve de ses capacités professionnelles à l'équipe de soins. Certains débutants sont en capacité de saisir les opportunités de démontrer leurs capacités et compétences professionnelles. C'est le cas, notamment de Marc.

C'est l'occasion ou jamais de **faire tes preuves**, de montrer ce que tu vauX à l'équipe, donc je n'ai pas hésité, j'ai sauté dessus, voilà (Marc, IDE 3, EdE 3, ligne 171).

Le sujet se forge au travers une série d'épreuves, qu'elles soient de professionnalité ou pas, selon des modalités différentes. Ces épreuves permettent au sujet de se construire dans une singularité et de ressentir les sentiments de cohérence et d'unité singulière qui donnent sens aux actions et relations, et qui permettent aux projets, notamment celui d'existence, d'aboutir.

Le sentiment identitaire professionnel se développe aussi par le vécu d'épreuves de professionnalité dans les débuts professionnels. Ces épreuves de professionnalité feraient partie de la professionnalité spécifique du débutant et permettraient au sujet d'affirmer progressivement une posture professionnelle. Le débutant doit alors puiser dans ses ressources d'ordre identitaire pour les surmonter et continuer à se développer professionnellement.

Partie 3 : Discussion générale

Afin de compléter les quatre chapitres d'analyse, la discussion générale porte dans un premier temps sur les hypothèses et la question et de recherche qui ont guidé notre travail. Cette première discussion présente la spécificité de la professionnalité des débutants et nos conclusions sur l'interdépendance du sentiment identitaire et de la professionnalité des débutants. Elle soulève également la pertinence de la grille d'analyse centrale à la démarche (tableaux 9 et 10 des analyseurs phase 2 et 3 de l'étude : partie 1 et partie 2). Des perspectives sont proposées pour poursuivre le cheminement. Dans un second chapitre, la discussion porte sur la posture épistémologique du chercheur au regard de sa construction et de son implication dans le recueil et le traitement des données, s'agissant notamment de l'immersion phénoménologique dans les données de verbalisations des entretiens.

Chapitre 1 : Retour sur la question et les hypothèses de recherche

Nous proposons, dans ce chapitre, de discuter d'une part nos résultats à la faveur d'un nouveau regard sur la question de recherche et sur les trois hypothèses qui ont guidé ce travail, et d'autre part de partager une certaine réflexion sur la grille d'analyse (tableaux 9 et 10) qui a été centrale dans la démarche.

A la question : En quoi le sentiment identitaire professionnel permet-il au débutant infirmier de construire sa propre professionnalité ? nous pouvons proposer aujourd'hui des pistes de réponse.

Ces pistes de réponse peuvent être exposées et discutées en corrélation avec les hypothèses qui ont permis d'alimenter notre problématique générale de recherche de la professionnalité émergente des débutants et de l'identité professionnelle des débutants. D'autres problématiques ont été soulevées en cascade, notamment celle de la reconnaissance professionnelle des débutants. Les hypothèses de recherche étaient les suivantes.

L'hypothèse de recherche 1 : *Une professionnalité spécifique du débutant infirmier est observable sur le terrain professionnel.* La professionnalité du débutant ne serait pas une phase linéaire de la construction de la professionnalité mais bien spécifique de la période des débuts professionnels. Cette conception de la professionnalité s'écarte de celle de considérer la professionnalité comme un processus linéaire, elle interroge la conception expert-novice selon laquelle l'expertise se construirait au fil des expériences professionnelles et du temps. Cette hypothèse de recherche a été incluse méthodologiquement dans notre travail dans l'hypothèse 2 qui intègre d'emblée le postulat de la spécificité de la professionnalité du débutant. Il s'avère que l'hypothèse 1 nécessiterait une observation des sujets débutants complémentaire aux verbalisations recueillies. Cette perspective serait possible avec une méthodologie de recueil de données combinant des séquences d'activités professionnelles filmées et des entretiens auprès des professionnels. L'accompagnement en entretien de l'exploration des moments repérés par le débutant sur la vidéo pourrait enrichir l'analyse de la spécificité des débuts à partir des situations significatives pour le sujet débutant. D'autres

études portant également sur la subjectivité des acteurs ont produit de précieux résultats par cette combinaison de méthodes de recueils de données (Mouchet & Bouthier, 2006).

L'hypothèse de recherche 2 : ***La professionnalité du débutant infirmier se construit en interdépendance avec l'expérience élaborée.*** Notre proposition est de considérer que l'expérience professionnelle verbalisée concourt à la construction de la professionnalité du débutant. Les interactions verbales du débutant avec les professionnels et des autrui significatifs sont essentielles. Elles permettent au débutant d'analyser sa pratique professionnelle et de la faire évoluer, et aussi elles entraînent une analyse de Soi professionnel dans les situations. La construction de la professionnalité d'un sujet serait alors interdépendante de son expérience professionnelle verbalisée ou élaborée et indépendante de son expertise. A la suite de Vermersch, « on peut dire qu'il ne suffit pas d'avoir vécu une situation pour en avoir fait l'expérience » (2006, p.220), la verbalisation d'une situation spécifiée et passée permet l'atteinte du vécu subjectif et la prise de conscience. Elle permet d'accéder à la subjectivité en acte et faire émerger la logique personnelle du sujet (Mouchet, 2014). Les épreuves de professionnalité sont vécues par les débutants dans la période des débuts ; ces épreuves éprouvées dans l'action professionnelle pourraient être favorables au développement professionnel du débutant. Ces analyses interrogent le modèle d'épreuve de professionnalité (Ravon & Naquet, 2014) qui traduirait chez le professionnel un manque de discernement dans les choix et décisions à prendre dans l'action. Ces épreuves vécues, verbalisées et interrogées par le débutant lui-même, pourraient s'avérer être des éléments qui potentialisent le développement de sa professionnalité émergente. Nous précisons ici que cette conception des conséquences des situations vécues difficilement par le sujet peut être perçue comme à l'encontre du sens commun véhiculé par le groupe professionnel. Dans notre analyse, ces épreuves de professionnalité sont intégrées au processus de professionnalité émergente du débutant ; l'incarnation de l'épreuve de professionnalité dans sa singularité permet au débutant de la surmonter ; elles permettent au débutant d'ajuster sa posture professionnelle à l'exercice de sa profession ; elles déclenchent des questionnements sur Soi en tant que professionnel et concourent à l'affirmation identitaire. Nous n'occultons pas que ces vécus d'épreuves de professionnalité par le débutant ont une influence sur la perception de Soi professionnel (doutes, dévalorisation de soi, incertitude, hésitations, déstabilisations) mais nous ajoutons que l'expérience de surmonter l'épreuve par le sujet débutant renforcerait son sentiment identitaire en mobilisant des ressources identitairement ancrées.

Notre conclusion porte sur les effets des épreuves de professionnalité incarnées par le sujet débutant qui seraient alors favorables à son développement professionnel ; elles permettraient au débutant d'ajuster son Soi professionnel et sa posture professionnelle dans l'action. Des ressources identitaires, ainsi que la verbalisation des vécus, permettraient de poursuivre le développement de leur professionnalité. Finalement, les épreuves de professionnalité décriraient plus qu'un « manque de discernement dans l'action » défavorable au sujet ; elles induiraient chez le débutant des réactions propices au questionnement sur soi et à l'engagement dans le processus de professionnalité émergente. Ces attitudes réflexives nécessiteraient d'être accompagnées par un autrui capable de recueillir les verbalisations des vécus et des sentiments parfois perçus de prime abord par le sujet comme négatifs.

L'hypothèse de recherche 3 : ***La construction de la professionnalité du débutant infirmier est en interdépendance avec le sentiment identitaire***, autrement dit, le sentiment identitaire professionnel permet au débutant infirmier de construire sa professionnalité, s'avère être l'hypothèse centrale de notre thèse.

Au regard des résultats et de l'hypothèse 1 et 3 selon laquelle la professionnalité spécifique du débutant infirmier existe et est en interdépendance avec le sentiment identitaire professionnel, nous proposons ici de mettre en discussion les éléments recueillis qui caractériseraient cette professionnalité émergente du débutant au regard des fonctions identitaires dans la formation du sentiment identitaire professionnel. Afin d'étayer notre discussion, des verbatim des débutants infirmiers sont présentés dans le tableau ci-dessous dans une colonne de gauche au regard de composants du sentiment identitaire professionnel et de composantes professionnelles (notamment celle du sentiment de capacité personnelle et/ou professionnelle) dans la colonne de droite. Ces composants regroupent des besoins, des attitudes, des postures et des actions professionnelles en tant que débutant infirmier. Ils rejoignent des actions où le débutant doit prendre en soins seul le patient, se retrouve être un interlocuteur professionnel pour le médecin, montre à l'aide-soignant ses capacités et ses possibilités de travail en collaboration, où il doit prouver ses capacités professionnelles face à l'équipe ou au patient, etc. Nous proposons ici qu'ils condensent la spécificité de la professionnalité émergente du débutant, dans une perspective où le sujet mène des actions qui relèvent de la qualité professionnelle du métier visé. De même, en référence à la professionnalité émergente, tout professionnel cherchant à se développer professionnellement, voire à se perfectionner tout au long de son activité professionnelle fait l'expérience de tâtonnements qui conduisent à des restructurations du soi professionnel (Jorro, 2011, p.9).

Verbatim des débutants	Sentiment identitaire professionnel
<i>Pouvoir répondre aux requêtes du patient</i> <i>Savoir répondre aux questions des patients</i>	Sentiment de capacité personnelle et/ou professionnelle Sentiment d'autonomie
<i>Il me parlait vraiment en tant que professionnelle</i> <i>Être regardé comme un professionnel</i>	Sentiment d'appartenance Sentiment de confiance
<i>Être dans son soin, dans ses surveillances</i>	Sentiment de cohérence Sentiment de valeur personnelle
<i>Ne rien oublier</i>	Sentiment de différence
<i>Savoir faire les entrées des patients</i> <i>Être capable d'encadrer un stagiaire</i>	Sentiment de capacité personnelle et/ou professionnelle
<i>Être au premier plan de la prise en soins</i> <i>Être au premier plan pour parler au patient</i>	Sentiment d'autonomie Sentiment de valeur personnelle
<i>Montrer aux autres professionnels qu'on est capable</i> <i>Se positionner professionnellement face à une collègue infirmière plus ancienne</i> <i>Faire ses preuves</i>	Sentiment de capacité personnelle et/ou professionnelle Sentiment de différence Sentiment d'appartenance
<i>Être soi.</i>	Sentiment de cohérence Sentiment d'unité singulière

Tableau 13 : Professionnalité émergente du débutant infirmier.

Ce tableau met en exergue la professionnalité émergente du débutant traversée par une nécessité d'autonomie dans son travail et dans ses prises de décisions professionnelles. Les fonctions identitaires, évoquées plus haut, sont celles de remplir chez le sujet débutant des prises de conscience de Soi avec une émergence des sentiments de valeur, d'autonomie, d'appartenance, de confiance et de différence développée dans une cohérence et une unité singulière de Soi. Cet ensemble de sentiments vécus par le sujet débutant dans l'action et la relation des débuts professionnels lui permet de développer sa professionnalité émergente de débutant. Ces sentiments identitaires ont des fonctions dynamiques d'image de soi favorable à la sécurité psychologique et à l'engagement dans l'action professionnelle. L'engagement professionnel est considéré comme :

L'ensemble dynamique des comportements qui, dans un contexte donné, manifeste l'attachement à la profession, les efforts consentis pour elle ainsi que le sentiment du devoir vis-à-vis d'elle et qui donne sens à la vie professionnelle au point de marquer l'identité professionnelle et personnelle (De Ketele, 2013, p.11).

La recherche sur le sentiment identitaire professionnel des débutants pourrait se poursuivre également sous l'angle d'analyse de l'engagement professionnel.

Enfin, nous avons mis en exergue l'influence de « **travailler en autonomie** » et de « **décider seul** » sur le développement du sentiment identitaire professionnel en situation professionnelle. Les infirmiers débutants font tous référence à la situation de prendre en soins un patient en étant *autonome* en tant qu'infirmier dans la situation de travail. « *J'ai appris pendant les trois ans, mais ici, j'ai beaucoup appris, j'ai appris à être autonome, j'ai pris en charge le service toute seule, les 22 patients* » (Alia, IDE 7, EdE 7, ligne 407). De même, la référence à des situations signifiantes pour les débutants dans lesquelles ils ont **pris la décision** seuls ou en collaboration dans le cadre de la prise en soins est récurrente dans le discours des infirmiers débutants. « *Car c'est moi qui gère, qui gère mon pansement, qui décide de curer telle partie ou pas, c'est mon rôle quoi. Je suis vraiment dans mon rôle, je suis dans ma fonction* » (Marie, IDE 6, EdE 6, ligne 212). Précisons ici que l'autonomie et la responsabilité conjuguées à la réflexivité sont des compétences professionnelles attendues chez le professionnel par le législateur selon le référentiel de formation relatif à la formation des infirmiers (2009).

Ces deux éléments spécifiques de la professionnalité émergente du débutant sont propices au développement du sentiment identitaire professionnel s'ils se développent sur un socle identitaire présentant un ancrage identitaire profond, cohérent, unique à partir desquels des sentiments de confiance et d'appartenance peuvent se forger. A partir de cette étude, la **professionnalité émergente spécifique des débutants** pourrait être entendue comme suit.

La professionnalité émergente spécifique des débutants est l'adaptation de Soi débutant professionnel par la mobilisation du sentiment identitaire professionnel et par l'adoption d'une posture professionnelle caractéristique de « décider seul » et « travailler en autonomie », permettant de vivre cette période professionnelle comme une étape intermédiaire, en puisant des ressources intrinsèques personnelles et professionnelles, favorables au dépassement des épreuves de professionnalité et à la préparation de Soi à la professionnalité du professionnel confirmé.

D'autre part, un autre point de discussion est celui du **développement du sentiment de capacité personnelle et professionnelle par le sujet débutant**. Ce sentiment de capacité personnelle et professionnelle est également moteur dans l'action et l'engagement de soi en tant que professionnel infirmier. Poursuivre l'exploration du sentiment de capacité chez des débutants professionnels dans une démarche de recherche permettrait de cibler l'objet de la perception du Soi professionnel. De plus, le modèle proposé par Costalat-Founeau (1997),

dans une perspective sociale de la notion d'identité, pourrait éclairer ce qu'elle a nommé le *sentiment capacitaire*. Dans ce modèle capacitaire interviennent des capacités objectives (celles validées, légitimées socialement et acceptées par l'individu) et des capacités subjectives (sentiments à l'égard de soi et de ses réalisations) (Ibid., p. 63). L'auteure introduit une variable intermédiaire entre le pôle individuel subjectif et le pôle social dit objectif : la compétence d'action. C'est principalement par ses actions que le sujet provoque des changements de représentations (représentation de soi par autrui et par soi-même). Ce modèle pourrait valoriser notre recueil de verbalisations des actions des infirmiers dans leurs débuts professionnels dans une perspective de recherche sur les compétences réelles des débutants. Les formes d'ajustement du modèle capacitaire pourraient se révéler dans cette période de transition école-travail.

Par ailleurs, la **grille centrale d'analyse** dans cette recherche s'appuie sur la complémentarité des composants du sentiment identitaire (travaillés à la suite de ceux proposés par Erikson, 1968⁴⁷) et des composantes professionnelles (reconnaissance professionnelle, valeurs professionnelles et savoir-faire). Notre travail d'analyste qualitatif a permis l'émergence du sentiment identitaire professionnel par les confrontations successives de la grille centrale d'analyse à notre corpus. Notre analyse a permis de mettre en avant la place des épreuves de professionnalité dans les débuts professionnels et de proposer une conceptualisation du sentiment identitaire professionnel. Le sentiment de différence a été un analyseur révélateur de la place spécifique du débutant dans son rapport à autrui ; il a permis que notre regard d'analyste qualitatif soit porté sur les verbatim des répondants-débutants verbalisant cette différence. Le sujet se reconnaît différent dans l'altérité en se distinguant des autres, des professionnels plus expérimentés dans notre étude. Un débutant différent par rapport à un non-débutant peut paraître un allant de soi. Toutefois, la prise en compte de cette différence est peu verbalisée sur les lieux professionnels par les professionnels plus anciens et rejoint le constat que le débutant a peu l'occasion de débiter ou de prendre le temps de débiter dans le contexte actuel des hôpitaux et des lieux de soins. Pourtant, le sentiment de différence favorise le développement de la confiance en soi par rapport à ce que fait un professionnel confirmé. Ce sentiment de différence conscientisé, verbalisé et vécu par le débutant permet de rentrer dans la professionnalité émergente infirmière en posant toutefois le paradoxe du

⁴⁷ Les sentiments et processus constitutifs de l'identité s'appuient sur le sentiment subjectif d'unité personnelle, de continuité temporelle, de participation affective, de différence, de confiance ontologique, d'autonomie, de self-control et les processus d'intégration de valeurs et d'identification (Erikson, 1968).

sentiment identitaire professionnel vécu par le sujet. Le débutant mène le projet d'existence de devenir un professionnel infirmier comme les autres, tout en vivant des sentiments de différence structurant la quête de son projet identitaire professionnel et ce sentiment de différence fait vivre au débutant des tensions inter et intra subjectives dans des moments de déstabilisation et d'épreuves de professionnalité.

L'approche de la professionnalité émergente spécifique du sujet débutant par le sentiment et le projet identitaire renforce notre posture épistémologique de type psychophénoménologique de chercheur. Elle nous permet de clôturer cette étude par un accès phénoménologique aux vécus des débutants infirmiers par la présentation des récits phénoménologiques construits pour chaque répondant.

Chapitre 2 : Retour sur la posture épistémologique du chercheur

Les récits phénoménologiques des huit répondants-débutants comme production de recherche induite par notre posture psychophénoménologique tout au long de cette recherche doctorale.

Les récits phénoménologiques suivants ont été réalisés à partir des entretiens de type biographique de la 3ème phase de l'étude longitudinale et des entretiens de type explicitation de la phase 2. Les huit cas de l'étude proposés sous la forme de récits phénoménologiques retracent les « éléments les plus phénoménologiquement probants de l'entretien » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.148). La réécriture du chercheur fait prendre en compte ce qui est mis en avant par le sujet, en replaçant cette parole dans le contexte de vie de ce sujet. Le recueil de données complété en phase 3 par des entretiens de type biographique permet d'ouvrir un empan temporel personnel plus large et donne « aux sujets l'occasion de contextualiser et de situer leurs transformations dans le cadre de leurs cheminements au long cours » (Lesourd, 2009, p.159). Le chapitre consacré à la méthodologie décrit l'élaboration des récits phénoménologiques dans le cadre de cette étude longitudinale en trois phases.

Immergé en tant que chercheur dans la logique personnelle des sujets, par l'expérience d'élaboration de récits phénoménologiques, nous avons prolongé notre quête de cette logique personnelle biographique par l'exploration des moments-sources des débutants infirmiers, à l'origine de leur choix professionnel. Ces moments-sources ou moments transformateurs existentiels sont présentés dans un tableau (voir en annexe 15). Ces deux catégories sont constitutivement biographiques.

Les récits phénoménologiques retracent le vécu des infirmiers depuis leur envie ou leur prise de décision de devenir infirmier. Les moments-sources ciblés sont ceux qui ont déclenché chez la personne l'envie et/ou le choix de devenir infirmier ou de se diriger vers le secteur du soin. La proposition du chercheur d'ouvrir sur un empan temporel large en invitant le sujet à parler de lui et de ce qui l'a amené à choisir le métier d'infirmier met le débutant infirmier

dans une posture de réflexivité sur sa vie entière. « *Aujourd'hui, je vais vous laisser me parler de vous. J'aimerais comprendre ce qui vous a amené à choisir le métier d'infirmier* ». Ces histoires de vie « permettent de construire, dans la rencontre avec l'interlocuteur, des données ultérieurement interprétables en termes de mythe personnel, de rituels de respect ou de transgression, etc. » (Lesourd, 2009, p.159). Pour comprendre les transformations des personnes, il est utile de se centrer sur les moments-sources qui sont généralement des moments transformateurs existentiels. Dans la conduite de l'entretien, nous avons permis la verbalisation de ces moments-sources et effectué une focalisation en douceur sur ces moments en question pour certains de nos répondants, lorsque le contrat de communication et le niveau de confiance l'ont permis. Le tableau reprend les moments-sources repérés dans la parole du sujet. Il identifie également les éléments ou les personnes déclencheurs de ce choix ou de cette envie de devenir infirmier. Il précise les justifications du choix par l'infirmier lui-même et présente les verbalisations du sujet rattachant ses choix à des idéologies (entendues comme un système prédéfini d'idées à partir desquelles la réalité est analysée). La verbalisation des valeurs (retenues comme une des composantes professionnelles dans notre grille d'analyse) est aussi présentée. Dans une dernière colonne, des indicateurs du vécu des débuts professionnels en tant qu'infirmier sont désignés. Les mots employés par le sujet lui-même y figurent. Des éléments qui guident le sujet débutant vers sa professionnalité émergente apparaissent.

Les récits phénoménologiques construits par le chercheur permettent de replacer la parole du sujet au cœur d'une biographie. Ils valorisent le caractère unique et singulier de l'expérience subjective en acte des débuts professionnels. Les moments-sources identifiés chez chacun des sujets montrent leurs effets sur la professionnalité émergente du débutant. Cette étude pourrait faire l'objet d'une autre perspective de travail.

Nous achevons ici notre discussion générale par une proposition de lecture des huit récits phénoménologiques. Cette présentation ne nécessite pas plus de commentaires dans la mesure où leur élaboration est le reflet de notre posture psychophénoménologique de chercheur dans le plus grand respect de cette parole partagée. Nous avons souhaité, habitant cette posture épistémologique, éviter de tomber dans des écueils induits par l'objectif de *faire parler ses données* en gardant le fil logique et subjectif des débutants tout au long de cette recherche afin que *ces données subjectives nous parlent*.

1. Le récit phénoménologique de Katie

Lorsque j'étais en troisième, j'ai regardé un reportage télé sur la maltraitance des personnes âgées qui m'a marqué et j'ai décidé de faire quelque chose qui permettrait de changer les choses et d'être dans le soin. Je n'ai pas pensé tout de suite à infirmière, mais en discutant avec mes parents et des amis, l'idée de devenir infirmière m'est venue.

J'ai fait un bac ST2S et j'ai passé le concours la première fois pour voir. Avant les études, je voulais voyager et j'ai fait cinq mois de bénévolat dans une mission en Afrique du Sud. Même si c'était plus social, ça a confirmé que je voulais devenir infirmière, être au contact des gens, les aider, et être dans le soin. Pendant la formation, j'ai eu des ratapages et je me suis demandé si j'étais capable. Les stages, le retour des patients et ma formatrice m'ont encouragé et permis de continuer.

Les patients me donnent envie d'aller travailler le matin, ils reconnaissent mon travail et m'apprécient. J'ai vraiment le sentiment d'apporter quelque chose aux gens et ça m'apporte en retour aussi. Au bout de cette première année, j'ai pris plus d'assurance, je suis plus à l'aise dans la prise en charge du patient. Je commence à envisager à aller dans un service plus complexe d'ici un an. Je voulais voir beaucoup de choses pour commencer, ici c'est très varié, et je veux continuer à apprendre. Mes collègues me disent que j'évolue bien, je progresse même si des choses ne sont pas encore automatiques pour moi. Et puis en mars, j'ai pris le rôle d'infirmière réellement, dans ma famille dans le privé quand mon père a été hospitalisé dans le service à côté du mien. J'ai eu un coup de stress mais j'ai pris ce rôle. Je suis intervenue auprès de la cadre et du médecin pour qu'il ne soit pas transféré dans un autre hôpital, pour que je puisse avoir un œil dessus.

Je trouve que mon parcours est cohérent par rapport à l'élément moteur qui m'a déclenché l'envie d'être infirmière, je me dis qu'on peut tous basculer dans la maltraitance, même dans une façon de parler ou de faire une toilette. J'y étais aussi sensible dans la formation. Aujourd'hui je pense à ça quand j'ai des patients difficiles, c'est un garde-fou. Je reste vigilante par rapport à moi-même et aux collègues.

Voilà, je me sens pleinement infirmière, surtout face au patient, au sein de l'équipe et même de ma famille.

2. Le récit phénoménologique de Nicole

Je ne voulais pas être infirmière à la base, mais assistante sociale. J'étais depuis 3 ans commerciale un peu par hasard, à la suite d'un salon de la maison, juste après mon bac ES. Puis, à la demande de mes parents de faire un métier qui me correspondait vraiment, j'ai passé les deux concours, d'infirmière et d'assistance sociale. Je n'avais pas réussi l'oral du concours assistante sociale. Sous leur pression, j'ai accepté de faire les études d'infirmière. Je suis venue en métropole de l'île de la Réunion pour commencer ma formation. Mes premiers souvenirs avec le milieu datent de quand j'avais neuf ans, et que j'accompagnais ma grand-mère malade chez le médecin. Je crois que j'étais amoureuse du médecin, tout le monde l'aimait bien, il avait un très bon contact avec ses patients. Il était surtout dans le relationnel. Ma mère aide-soignante connaissait bien mes réticences à la vue du sang et à la douleur des personnes, elle était pareille avant, elle m'a dit que de toute façon, avec le diplôme d'infirmière, je pourrai travailler dans le relationnel. Moi c'était vraiment l'aspect relationnel qui m'intéressait, les soins techniques c'était pas pour moi. J'avais peur de faire mal, c'était dur pour moi de m'imaginer faire une prise de sang. J'ai le projet d'être infirmière en libéral à l'île de la Réunion. Je m'imaginais prendre le café, discuter avec les patients, prendre le temps. On m'a dit que c'était un idéal que je me faisais.

Aujourd'hui, je travaille dans un service de SSR oncologie et soins palliatifs depuis presque un an. La routine de mon service me rassure, même si on doit bricoler par manque de matériel. Je travaille sur le même roulement qu'une infirmière plus ancienne, on a chacun son secteur mais je vais lui demander des choses que je ne connais pas. Ça me gêne de lui demander, sauf quand on recherche ensemble au sujet d'un nouvel appareil. Elle est patiente avec moi, mais je n'aime pas la déranger. Après presque un an en tant qu'infirmière, je me sens encore étudiante, dès que quelque chose m'est inconnu. Je demande encore des conseils, même aux étudiantes. Je ne fais pas assez de soins techniques.

Pour moi, c'est l'aspect social de l'infirmière que je voyais. Aujourd'hui, j'ai envie de changement. Mon regard a évolué, je voudrais apprendre plus de techniques mais paradoxalement j'ai peur de changer. Pour moi, être une professionnelle c'est maîtriser les connaissances, les soins et le relationnel. Je ne me sens pas infirmière complètement.

3. Le récit phénoménologique de Marc

Je souhaitais faire un métier dans la santé depuis tout petit. D'abord, pompier puis c'est lorsque ma grand-mère est venue vivre à la maison et que j'ai découvert le rôle de l'infirmier qui venait lui faire la glycémie que je me suis dit que je pourrais faire ce métier. Aller chez les gens et parler aux gens, ça devait être sympa. Chez moi, à la Réunion, l'infirmier libéral est très respecté par les personnes, plus que le médecin, il y a des choses à faire dans ce métier.

J'ai fait un bac économie grâce aux matières scientifiques. Et j'ai vraiment alors décidé de faire des études plus scientifiques, en me projetant infirmier-pompier, mais finalement j'ai préparé le concours d'infirmier pendant une année après mon bac. Mes parents souhaitaient que je me prépare à un métier, faire infirmier ou autre chose. Ils voyaient que l'infirmier qui passait voir ma grand-mère, c'était important pour elle, que c'était presque un super héros, un sauveur, quelqu'un de très disponible, qui venait dès qu'on l'appelait, donc ils m'ont soutenu.

J'ai choisi de faire mes études en Métropole, je voulais découvrir autre chose. Lors de la première année, je me suis posé la question de continuer, car en stage, j'ai découvert une autre réalité des infirmières et du travail, autre que poser un médicament et un sourire. Les étudiants étaient à part de l'équipe. Mais j'ai décidé de continuer car j'aime être avec les gens, leur apporter un sourire, une certaine joie. Pour moi, c'est important de leur apporter quelque chose, de les réparer en quelque sorte, de remplir ma mission. C'était vraiment le métier que je souhaitais faire, et je suis allé jusqu'au bout de mes études, les deux dernières années se sont bien passées. J'ai appris et vu beaucoup de choses, c'est polyvalent. Les patients me remerciaient parfois.

Après quelques mois à travailler en intérim, j'ai pu obtenir le poste que j'attendais et où j'avais réalisé un stage aux urgences. J'avais peur d'oublier de faire quelque chose les trois premiers mois, plus personne ne vérifiait pour moi, reconstruisait mon matériel, j'étais seul et seul responsable.

J'ai vraiment pris confiance en moi grâce à une situation d'urgence que j'ai maîtrisée et dans laquelle j'ai été reconnu par toute l'équipe, infirmière, aide-soignante, médecin, au bout de deux mois dans le service. Je me suis vraiment senti infirmier, avec une vraie place dans l'équipe.

Aujourd'hui, au bout de la première année en tant qu'infirmier, je me sens bien, épanoui et heureux dans mon travail. J'ai une place dans l'équipe, et vis-à-vis de l'équipe médicale qui reconnaît mes compétences. J'ai même appris à des médecins à piquer ou poser une sonde.

J'aime faire mon travail, et je sais qu'on peut évoluer et être reconnu. J'aimerais devenir infirmier anesthésiste, c'est le top du top. Tout le monde reconnaît ses compétences, même les médecins. C'est un challenge pour moi de reprendre des études plus tard.

4. Le récit phénoménologique d'Anne

Je souhaitais devenir décoratrice d'intérieur, mais une conseillère d'orientation m'en a dissuadé au vu du peu de débouchés. Très vite, j'ai dû travailler pour prendre un appartement et quitter ma maison où ma mère avait refait sa vie. J'ai arrêté l'école en troisième, j'ai commencé par être agent du service hospitalier dans une clinique où travaillait ma mère en tant qu'aide-soignante, et puis j'ai fait la formation d'aide-soignante. J'ai fait un peu le même parcours que ma mère.

J'ai travaillé pendant 21 ans en tant qu'aide-soignante, ma priorité était d'être maman de mes deux garçons. J'ai fait beaucoup de vacations, je gérais mes disponibilités. J'ai travaillé en binôme avec des infirmières qui m'ont donné envie, travaillant en égales, main dans la main, à l'écoute des patients et des collègues, dans la bonne humeur, une vraie famille au travail. Des gens comme elles et une cadre ont vu en moi des capacités à devenir infirmière, mais je n'ai pas eu le déclic à l'époque. J'ai décidé de passer le concours d'infirmière quand mes fils sont devenus grands et j'étais prête à prendre du temps pour moi et à faire quelque chose pour moi.

J'ai eu le concours la deuxième fois. J'ai fait la préparation au concours. J'étais super contente mais la cadre qui m'avait proposé la préparation au concours était partie entre temps, et la nouvelle m'annonce qu'une petite structure comme celle où je travaillais ne pouvait pas prendre en charge financièrement une formation de 3 ans. J'ai mal supporté, je m'étais battue pour avoir le concours, et malgré la dépression que je vivais, j'ai décidé de continuer à me battre pour obtenir la formation. Pour moi, mon métier d'aide-soignante était derrière moi et je ne pouvais pas me résoudre à redevenir aide-soignante. J'ai gagné et j'ai commencé ma formation d'infirmière où j'ai rencontré des belles personnes, une vraie famille d'études. Je me suis sentie vraiment étudiante et plus sereine dans la période où j'ai commencé mes partiels.

J'ai pris mon poste en psychiatrie trois jours après le diplôme, mais il m'a fallu du temps pour me sentir infirmière, j'ai pris mes marques, j'ai compris comment s'organisait le service. L'équipe m'a laissé prendre mon temps, m'a permis de ne pas tout savoir, il faut encore apprendre son métier selon le service. J'ai eu de la chance à nouveau de retrouver une bonne équipe, qui m'a aidé et qui a été à mon écoute.

Aujourd'hui, je me sens infirmière mais j'ai mis du temps à le dire, même des patients me prenaient au début pour l'aide-soignante. Mon entourage, ma famille et mes deux fils sont fiers de ma réussite, moi aussi. J'essaie

de donner envie aux jeunes d'évoluer dans le métier, les pousser, comme moi les infirmières et les cadres m'ont donné envie de devenir infirmière.

5. Le récit phénoménologique d'Ève

J'habitais près d'un gros hôpital psychiatrique qui recrutait énormément dans la région. Dans ma famille, tout le monde était dans le médical, ma mère surveillante, mon père infirmier, ma tante aide-soignante, des cousines... J'ai naturellement travaillé dès l'âge de 16 ans en tant que vacataire pendant les vacances, j'aidais à différentes tâches comme le linge, la cuisine, le ménage... Ce lieu était pour moi très familier, ma crèche y était et j'allais quotidiennement dans les services. A 18 ans, j'ai passé le concours d'aide-soignante et j'ai commencé à exercer, ça a duré 20 ans. C'était surtout les soins qui m'attiraient, plutôt qu'une fonction. J'ai d'abord travaillé en clinique, dans l'hôpital général, et dans les maisons de retraite. Je ne souhaitais pas travailler en famille.

Quelques années plus tard, je suis arrivée en région parisienne car mon mari y avait trouvé du travail. J'ai continué à être aide-soignante dans un service de réanimation, ça me plaisait beaucoup, je travaillais en binôme avec l'infirmière qui m'expliquait tout. Je travaillais de nuit pour être disponible la journée pour mon fils grand préma et souvent malade. Je n'ai jamais voulu être infirmière car j'avais vu, dans ma famille, qu'ils n'avaient plus de vie personnelle, à cause des horaires et des heures supplémentaires.

Mais, un jour alors que mon service de réa allait fermer, et j'ai réalisé que je ne me voyais pas être aide-soignante dans les autres services que la réa, à faire des changes toute la journée. J'ai donc décidé de faire la prépa et passer le concours infirmier pour comprendre davantage les soins. Je l'ai eu, mais mon employeur m'a demandé de prendre en charge tout un service d'hôpital de semaine en me disant qu'il ne voyait que moi pour le faire. J'ai dû accepter, et je suis rentrée à l'institut d'infirmière que l'année suivante. Les études se sont bien passées. Alors séparée de mon mari, mes 3 enfants vivaient avec moi et la première année, nous avions tous un rythme scolaire à la maison. A partir de la 2ème année, ils sont allés vivre chez leur père où la maison était plus grande et les moyens financiers plus importants. Je les vois très régulièrement, ça m'a permis de dégager du temps pour moi et reprendre le sport.

A la fin de ma formation que mon employeur avait prise en charge, je devais prendre un poste d'infirmière dans cet hôpital. J'ai émis 7 choix, nous étions 7 agents en formation professionnelle et j'ai eu mon 7ème choix. La direction m'a à nouveau passé de la pommade en me disant que ce poste de nuit en gériatrie allait me convenir car j'étais calme, que je savais travailler et prendre du recul. J'avais des fausses idées de la gériatrie, et je m'y sens bien, j'aime bien aller travailler, je ne pense pas y travailler pendant 20 ans non plus, mais je m'y sens bien. Je dois 5 ans de travail à mon hôpital et après ce contrat, j'ai décidé de retourner dans ma région d'origine. Ici je n'ai pas de famille, que des collègues de travail.

Dans le service de gériatrie de nuit, je me sens bien dans mes chaussures d'infirmières, j'ai des repères, j'apprécie, je me sens en sécurité de moi-même, je me sens bien et j'aime ce que je fais, je trouve cela intéressant. Au début, c'était difficile de s'organiser avec 20 patients la nuit seule infirmière avec une aide-soignante, j'avais peur de me tromper, je passais du temps à tout vérifier, je n'étais pas rassurée.

Aujourd'hui, je me sens à ma place d'infirmière, je me sens bien dans mon rôle, j'ai envie d'aller travailler. Je me sens bien vis-à-vis de l'équipe et des patients, même si la relation avec les patients est assez brève de nuit. Je me sens reconnue par les collègues et les médecins, je n'ai pas de mauvais retour de mon travail. J'ai été reconnue dans une situation d'urgence que j'ai efficacement prise en charge, j'ai été félicité par les médecins et le chef de service. Depuis, les collègues infirmières souhaitent que je les forme sur ces situations d'urgence qu'elles rencontrent rarement dans le service. Je suis vraiment une infirmière de réa ! Je n'ai pas choisi ce service mais je m'y sens bien, je travaille en binôme avec l'aide-soignante selon ma conception du travail et ma volonté de faire des soins de qualité. J'ai même rencontré un patient de chez moi, qui ne voulait pas parler au personnel, et qui m'a répondu quand j'ai parlé dans ma langue régionale.

6. Le récit phénoménologique de Marie

Toute petite déjà, j'aimais bien m'occuper de mes amis, de mes frères, de mon chat, et de mes poupées. J'aime bien les gens, j'aime me rapprocher d'eux, et c'est en troisième que je me suis dirigée vers un bac SMS pour devenir infirmière. Mon parcours a été chaotique, des conseillers d'orientations me disaient que je n'avais pas le niveau, j'ai redoublé plusieurs fois. Une fois mon bac en poche, j'ai pris mon indépendance et j'ai travaillé en maison de retraite en préparant un diplôme d'aide-soignante en Belgique. Là, ça a été difficile, les conditions de travail étaient mauvaises, il fallait enchaîner 32 toilettes, je participais indirectement à de la maltraitance des personnes âgées, donc j'ai préféré quitter mon travail.

C'est mon père qui m'a encouragé à quitter la Belgique, et du même coup mon petit ami de l'époque qui n'était pas très gentil avec moi, et à postuler à l'hôpital des armées. J'ai fait mon équivalence de diplôme en France et

j'ai à ma grande surprise été embauchée dans le service des urgences, où mes débuts d'aide-soignante ont été difficiles, même si je faisais de mon mieux. On ne m'expliquait rien, on ne me montrait rien, et j'étais dévalorisée verbalement. Puis j'ai demandé qu'on m'explique, je ne voulais pas être un boulet pour l'équipe, et j'ai alors très vite progressé. J'y suis resté 4 ans. Lorsqu'un jour, une infirmière avec qui je travaillais de nuit m'a dit que j'avais un QI de poisson rouge, ça a re-déclenché en moi l'envie d'être infirmière, j'ai passé trois concours et j'ai réussi les 3. J'avais envie d'évoluer, de progresser et de ne plus être simplement l'aide de l'infirmière, je faisais et je savais faire beaucoup de choses. Je souhaitais une place différente dans l'équipe et travailler plus avec les médecins.

Mes études se sont bien passées, ça fait un an que je suis diplômée. Mon premier poste d'infirmière en service des maladies infectieuses a été très compliqué, un jour j'étais infirmière, l'autre jour aide-soignante. Le service de santé des armées ne valide le diplôme d'Etat d'infirmier à leur niveau qu'après le passage de la sélection professionnelle, cette période a été compliquée pour moi. Je ne me sentais pas capable, j'étais pas assez rapide et au bout de 15 jours, on a mis fin à mon contrat pour manque de rapidité.

J'ai donc travaillé en tant qu'aide-soignante en attendant de repasser la sélection professionnelle. Là ça s'est très mal passé, les autres aides-soignantes savaient que j'avais le diplôme d'infirmière, et passaient leur temps à me poser des pièges dans ma fonction d'aide-soignante. J'ai choisi de ne pas rester plus longtemps en annonçant au cadre que je collais pas à l'équipe, et qu'elles ne m'aimaient pas. Certaines d'entre-elles avaient passé la sélection pour passer le concours infirmière et avaient abandonné.

Je suis devenue infirmière parce que j'aime les gens, j'aime l'être humain, j'aime bien aimer l'être humain en souffrance mais j'ai pas mal galéré dans mon parcours. C'est surtout le coup du poisson rouge qui m'a motivé pour le concours, mais aussi la situation de ma grand-mère sur son lit de soins palliatifs à qui j'ai pu dire tout ce que j'avais à lui dire, et j'étais soulagée, je lui tenais la main. Je suis partie et elle est décédée deux heures plus tard.

Depuis deux mois, j'ai intégré un poste de psychiatrie que j'ai choisi et où les débuts ont été difficiles, surtout le premier week-end avec deux fugues. Les psychiatres sont exigeants sur le vocabulaire et la description clinique. Lorsque le patient en sevrage alcoolique est revenu alcoolisé, et que j'ai dû lui donner son traitement, j'ai bien géré. Un autre patient m'a soutenu en disant que j'étais tout le temps à leur écoute, dans le soutien, et que lui ça l'avait aidé. Je me suis sentie reconnue par le patient. Mon expérience actuelle accélère tout, je rattrape le temps perdu dans cette première année, je sens que je progresse vite. J'ai travaillé 3 mois en tout en tant qu'infirmière.

Dès le départ dans ce service, je me suis imposée en tant qu'infirmière, même si mes collègues m'ont cherché sur des détails au début, je sais ce que je vauds, j'ai des connaissances et pour moi, ce qui compte, c'est les patients, les rendre autonomes et leur permettre de sortir de l'hôpital. J'ai imposé mon point de vue sur les prises en soins dès le début et je suis décidée à rester. Tout ça m'encourage à m'améliorer même si c'est compliqué parfois, en réunions avec les psychiatres. Je souhaite être prise au sérieux quand je présente des situations des patients, comme mes petites collègues infirmières. Je fais correctement mon travail avec mes patients et je ne changerai pas pour mes collègues.

7. Le récit phénoménologique d'Alia

J'étais en cinquième année de médecine en Algérie avant d'arriver en France. Je suis née en France, petite, on avait quitté la France avec mes parents pour retrouver leur pays d'origine. Mon départ s'est fait avec mon mari pour des raisons politiques. Nous devions trouver du travail rapidement pour avoir un logement. Mon mari, professeur de lettres, n'a pas trouvé de travail dans son domaine. Je me suis inscrite à la fac de médecine mais je devais reprendre en première année et repasser le concours, et cela représentait trop de travail alors que je devais avoir un emploi à côté. Donc je n'y suis pas allée et j'ai travaillé et j'ai fait du soutien scolaire, de l'aide aux devoirs et gardé des enfants, j'ai fait tous les travaux possibles.

Ma cousine faisait un Deug AES et m'a demandé de m'y inscrire en me disant qu'on pouvait trouver du travail avec ce diplôme. Je me suis inscrite et j'ai arrêté au bout de 6 mois car je ne comprenais pas, n'ayant pas les bases de cette filière. J'avais un bac S.

C'est à ce moment-là où je me suis inscrite à l'ANPE car je voulais passer le concours d'infirmière. Je voulais travailler dans le milieu médical depuis toujours. J'aime aider les autres et être à leur contact. L'ANPE m'a dit que je ne serai pas prise en charge pour les études d'infirmière car je n'avais pas le droit au chômage. Par contre, une dame de l'ANPE m'a informé que je pouvais faire la formation d'aide-soignante et être prise en charge. Je ne connaissais pas ce métier, elle m'a expliqué que l'aide-soignante prenait en charge des patients et faisait la toilette. Elle m'a précisé qu'il y avait une école près de chez moi. Je me suis décidée à passer le concours rapidement. Mon mari m'a aussi dit d'y aller et qu'ainsi je trouverai peut-être du travail. J'ai réussi le concours, fait la formation d'un an, puis j'ai travaillé en maison de retraite et à l'hôpital pendant 3 ans. J'ai eu mon fils, pris un congé parental de trois ans. Puis j'ai passé le concours d'infirmière, pouvant alors être financée

pour mes 3 années d'études. Je souhaitais être infirmière et évoluer encore, faire un Master, un DU...j'adore apprendre, j'adore l'école et pourquoi pas plus tard formatrice.

Mes études se sont bien passées, je m'intéresse à tout, je ne dis jamais que je sais quand je suis en stage, je laisse les personnes m'expliquer, on apprend toujours. Tout le monde a quelque chose à m'apporter, même une toute petite chose.

Dans ce service que j'ai choisi, je me sens à ma place, j'ai mes repères et je n'ai pas de problème avec mes collègues. J'utilise mon expérience d'aide-soignante, je vois tout. Je vérifie leur capacité avant de leur confier mes patients, je vérifie l'installation des patients, je les fais réajuster, j'utilise des expressions qui les font rire « mes excuses par avance », « je vous remercie par avance ». Je leur explique, je leur dis pourquoi il faut installer le patient ainsi. Ma façon de demander me permet de travailler avec toute l'équipe. Je suis solidaire. L'équipe médicale me fait confiance. Pour moi, le relationnel est important. Je me sens dans mon élément en travaillant auprès de la personne âgée.

J'ai choisi le service de gériatrie, j'ai beaucoup appris, j'ai appris à être autonome, à prendre en charge tout le service, c'est un service très technique et où il y a beaucoup de relationnel et je ne regrette pas, maintenant j'ai confiance. J'ai encore des projets en lien avec la gériatrie. J'adore écrire, j'écris ce qui devrait être exprimé, sous forme de poèmes ou de petits articles.

J'ai été soutenue dans mon choix de service par le médecin chef de service, je fais mon maximum, je ne veux pas la décevoir. Je m'aide des cours, je partage mes connaissances. J'aime encadrer les étudiants, je leur pose des questions sur le sens des actions. Comme moi en tant qu'infirmière, je ne fais pas de soins sans comprendre pourquoi, je vais voir le médecin pour m'expliquer.

8. Le récit phénoménologique de Vivianne

J'ai bossé en tant que veilleuse de nuit dans une maison de retraite quand j'avais 23 ans, toute seule la nuit pour 83 résidents. Je n'aimais pas les conditions de travail, c'était comme un mouvoir. Après j'ai fait des boulots alimentaires, j'avais une formation de secrétariat, mais ça ne me plaisait pas, j'étais pas dans mon élément. Je voulais avoir un bon boulot, faire des études, mais je n'y arrivais pas, puis j'ai eu ma fille. Un jour, après un licenciement économique, je fais un bilan de compétences qui ressort éducatrice de jeunes enfants, et je décide de reprendre un projet qui me tenait à cœur : devenir infirmière, bosser avec de l'humain, faire des soins.

Je reste deux ans en continu dans un boulot de secrétariat avec l'idée d'obtenir un financement pour ma formation. Je passe le concours, avec une dérogation car je n'avais pas mon bac, en validant un test de français. J'ai le concours la seconde fois, car la première fois je n'ai pas voulu répondre quand une personne du jury a insisté sur mes motivations à ce choix à l'oral.

Je commence mes études d'infirmière que je dois interrompre car je n'ai plus de financement, donc plus d'argent. Je les reprends plus tard et je m'engage réellement dans la formation. Je ne me sens pas prête à parler des raisons de mon choix, je veux pas rentrer dans le cliché de la réparation, mais je pense que la mort de mon cousin pompiers et la maladie de ma sœur y ont contribué. Je n'ai pas accepté ces situations.

Aujourd'hui, depuis presque un an, je travaille en gériatrie dans une maison de retraite, dans un poste que j'ai plus ou moins choisi. Je dois 5 ans de travail à l'hôpital pour la prise en charge financière de la fin de ma formation. Je me sens épanouie, dans mon élément et à ma place. Je me sens infirmière. Je vais rester un peu, je suis à 10 minutes de chez moi, et je retrouve une qualité de vie et de la disponibilité pour mes filles que je n'avais plus pendant les études.

Les débuts ont été difficiles. J'ai tout à apprendre dans cette spécialité de gériatrie. J'ai toujours eu une fascination pour les personnes âgées, j'ai du respect pour elles et leur vécu. Dans mes soins, je suis encore désorganisée, j'attends la fin de ma journée, que ce soit calme, pour faire certains soins. Je dois être plus efficace dans mon organisation. Je suis différente de mes collègues, je passe beaucoup de temps dans la relation avec les personnes âgées, je veux vraiment rester dans le relationnel et être disponible. Je veux faire autre chose que de donner des médocs. Je me sens infirmière dans l'équipe quand j'échange avec les autres professionnels et avec les élèves. Je me suis imposée face aux aides-soignantes dans ma façon de travailler, elles ne font pas peur. Je suis en reconversion et je quitterai cette fonction si je perds ces qualités de travail et relationnelles avec les personnes âgées. Je suis à ma place dans l'équipe, avec les médecins et mes collègues et les personnes âgées apprécient que je m'occupe d'eux. J'ai des responsabilités, et je sais que je peux encore oublier des choses, faire des conneries et faire sauter mon diplôme.

Conclusion

Au terme de cette recherche doctorale, nous pouvons ici comprendre les liens entre le vécu d'un sujet en quête de professionnalité de chercheur en Sciences de l'Éducation et la problématique de la recherche portant sur l'identité professionnelle des débutants. Notre posture initiale de praticienne de la formation des infirmiers nous a amené à nous interroger sur les écarts vécus par les étudiants entre la formation professionnelle en alternance et la prise de fonction en tant qu'infirmier professionnel. Ce questionnement d'acteur social contribuant à la formation de ces professionnels s'est transformé en questionnement de recherche grâce à une formation doctorale complète, formation à la recherche par la recherche, au Centre de Recherche sur la Formation (CRF) au Centre National des Arts et des Métiers de Paris (CNAM Paris).

Débuter la conclusion de cette recherche par le regard du chercheur rejoint le contexte intersubjectif de la recherche et notre posture épistémologique. L'épistémologie psychophénoménologique choisie met en valeur la place de la subjectivité des sujets. Nous nous intéressons au sujet singulier dans ce qu'il a de plus intrinsèquement présent, tel qu'il s'est construit et développé en lui-même. Cette approche psychophénoménologique, qui a mené à une recherche de la logique personnelle du sujet pour faire face à la situation d'adaptation de soi dans la période des débuts professionnels, a nécessité de nombreux choix théoriques réalisés au fil de la construction de la problématique.

L'approche psychophénoménologique permet de recueillir de l'information sur la subjectivité des acteurs et sur leur expérience subjective en acte ; elle valorise le point de vue du sujet sur les actions vécues, spécifiées et passées.

Notre motivation à centrer notre recherche doctorale sur les processus de transformations identitaires en jeu dans la période des débuts professionnels des infirmiers s'est développée à partir des témoignages spontanés d'anciens étudiants devenus infirmiers au sujet de leur vécu des débuts professionnels.

Ainsi, notre démarche a tout d'abord consisté à contextualiser notre recherche. Nous nous sommes attachés à rendre compte d'une réalité professionnelle du débutant en décrivant le contexte professionnel de ces sujets grâce à plusieurs approches complémentaires de la profession et de la formation infirmière.

Le premier chapitre de la partie 1 propose une étape descriptive de la recherche par la complémentarité des études historiques, réglementaires, contemporaines, démographiques et sociologiques de la formation et de la profession infirmière ; elle a permis le cadrage de la recherche sur la **professionnalité des infirmiers**. Toujours à des fins descriptives, la

professionnalité des infirmiers est étudiée selon différentes focales permettant de construire la problématique.

Le cadrage de notre recherche par le concept de professionnalité a guidé notre étude vers les enjeux, dans le sens de ce que le sujet peut gagner ou perdre dans n'importe quelle entreprise individuelle ou collective et les anticipations qu'il s'en fait. Ainsi cette orientation a permis de préciser les enjeux d'ordre identitaire, des débuts et de la professionnalité en construction. En référence à Jorro (2011), le concept de la **professionnalité émergente** du débutant a précisé notre problématique, permettant de décrire plus précisément le vécu du sujet professionnel sous des aspects plus subjectifs qu'organisationnels, autrement dit de valoriser le vécu dans une dimension micro- et non pas méta-ou méso-niveau (ce qui a fait l'objet de la partie 1 de notre thèse). Ces cadrages théoriques par les enjeux des débuts professionnels, les enjeux de la professionnalité émergente et les enjeux identitaires ont été structurants pour problématiser et proposer un ancrage théorique cohérent.

Les débuts professionnels ont été abordés comme des moments initiatiques d'entrée dans une profession (Dubar, 2000a) permettant à la professionnalité infirmière de se développer. De même, l'étude des enjeux de la professionnalité a mis en avant l'analyse du développement professionnel des personnes en formation et au travail aussi bien dans des approches développementales que professionnalisantes (Mukamurera & Uwamariya, 2005 ; Jorro, 2014). Ainsi, les concepts de professionnalité émergente (Jorro, 2011), de reconnaissance professionnelle (De Ketele, 2011) et d'épreuves de professionnalité (Ravon, 2009) ont été essentiels pour éclairer notre problématique de recherche. Enfin, sa dimension subjective a impliqué une réflexion approfondie sur les enjeux identitaires en termes de dynamiques identitaires (Kaddouri, 2006) en jeu chez les sujets débutants dans les débuts professionnels. Ainsi, notre problématique centrée sur le vécu des néo infirmiers s'est circonscrite autour du **sentiment identitaire professionnel du néo infirmier**.

Les concepts de professionnalité émergente et de sentiment identitaire ont soutenu l'ensemble de la suite de la démarche de recherche.

La professionnalité émergente est la caractéristique de tout professionnel cherchant à se développer professionnellement, voire à se perfectionner tout au long de son activité professionnelle en faisant l'expérience de tâtonnements qui conduisent à des restructurations du soi professionnel (Jorro, 2011, p.9).

Le sentiment identitaire (Erikson, 1968 ; Allport, 1970 ; Tap, 1988) permet au sujet de :

Se percevoir le *même (idem)* dans le temps, se vivre dans une *continuité* existentielle. Il aspire à une certaine *cohérence*, met en place la fonction de

personnalité, c'est-à-dire organise et coordonne ses conduites, ses aspirations, ses désirs ou ses fantasmes et, ce faisant, cherche à rester *lui-même* (*is dem*). Il préserve une *positivité*, une estime de soi à partir desquelles les angoisses et le sentiment d'échec peuvent être canalisés (Tap, 1988, p.53).

Il recoupe la conscience de soi et peut se décomposer en un ensemble de sentiments subjectifs d'unité personnelle, de continuité temporelle, de participation affective, de différence, de confiance ontologique, d'autonomie, de self-control, et des processus d'intégration de valeurs et d'identification (Erikson, 1968). Ils s'organisent autour de la volonté d'existence et d'un projet identitaire.

Pour éclairer notre questionnement de recherche (**Le sentiment identitaire professionnel permet-t-il au débutant infirmier de construire sa propre professionnalité ?**), nous avons retenu trois hypothèses de recherche. L'hypothèse de recherche 1 était formulée comme suit : *Une professionnalité spécifique du débutant infirmier est observable sur le terrain professionnel*, l'hypothèse 2 : *La professionnalité du débutant infirmier se construit en interdépendance avec l'expérience élaborée*, et l'hypothèse 3 : *La construction de la professionnalité du débutant infirmier est en interdépendance avec le sentiment identitaire*.

Au regard de ces hypothèses de recherche, la méthodologie de la recherche s'est appuyée sur une approche qualitative permettant au sujet-répondant de s'exprimer sur son propre vécu en tant que débutant infirmier. La voie d'accès à la verbalisation du sujet sur le vécu subjectif d'une situation spécifiée a été possible par la pratique de l'entretien d'explicitation. D'autres types d'entretien (compréhensifs, d'explicitation biographique) ont triangulé le recueil de données de recherche.

Cette architecture théorique et méthodologique a produit des résultats, présentés dans la recherche doctorale sous la forme de quatre chapitres. Elle nous a conduit à répondre que le sentiment identitaire professionnel permet au débutant de construire sa propre professionnalité. Nous avons décrit et défini en quoi il s'agissait du sentiment identitaire professionnel.

Les quatre points suivants ont fait l'objet d'une analyse.

Le soi professionnel pendant la période d'intégration. Le débutant développe une posture professionnelle d'intégration significative des débuts professionnels. Elle lui permet de construire sa professionnalité émergente spécifique des débutants.

La reconnaissance professionnelle reconnue et vécue par les débutants. Le débutant évolue dans une logique de reconnaissance professionnelle qui l'influence dans ses choix et sa

posture professionnelle. La reconnaissance perçue par le débutant lui-même a une forte influence sur l'émergence de son sentiment identitaire professionnel.

L'émergence du sentiment identitaire professionnel. Le vécu subjectif accompagné à propos de situations professionnelles a permis l'analyse du sentiment identitaire professionnel en formation chez le débutant. L'incorporation progressive du sentiment identitaire professionnel serait déclencheur d'une posture professionnelle permettant au débutant professionnel de se sentir bien, en unité avec lui-même, ses valeurs et ses projets et d'être singulièrement lui-même.

Les épreuves de professionnalité du débutant infirmier. Le vécu des débutants dans les débuts professionnels peut s'apparenter à des épreuves. Pour y faire face, les sujets développent une posture professionnelle tout en préservant leur singularité, une cohérence et une différence personnelle, en tant que débutant et sujet, par la mobilisation de ressources du sentiment identitaire. Ce processus concourt à la construction de la professionnalité spécifique du débutant.

Une discussion générale s'est structurée en deux temps proposant tout d'abord une présentation de la spécificité de la professionnalité émergente des débutants pouvant mettre en débat nos conclusions sur l'interdépendance du sentiment identitaire et de la professionnalité des débutants. Les débutants font l'expérience de *travailler en autonomie* et de *décider seul* dans leurs débuts professionnels. Elle permettrait de déclencher le sentiment identitaire professionnel qui aurait une influence réciproque sur la professionnalité émergente du débutant. Nous avons proposé une définition de la professionnalité émergente spécifique des débutants.

La professionnalité émergente spécifique des débutants est l'adaptation de Soi débutant professionnel par la mobilisation du sentiment identitaire professionnel et par l'adoption d'une posture professionnelle caractéristique de « décider seul » et « travailler en autonomie », permettant de vivre cette période professionnelle comme une étape intermédiaire, en puisant des ressources intrinsèques personnelles et professionnelles, favorables au dépassement des épreuves de professionnalité et à la préparation de Soi à la professionnalité du professionnel confirmé.

Le deuxième temps nous a permis de réaliser un retour réflexif sur la posture épistémologique. Les récits phénoménologiques sont proposés comme une production de recherche induite par notre posture psychophénoménologique tout au long de cette recherche

doctorale. La perspective de réflexions autour de ces récits phénoménologiques dans des travaux ultérieurs nous anime profondément et concrétise la construction de notre professionnalité de chercheur dans ce parcours doctoral.

Un aspect de notre démarche doctorale est celui d'avoir traité du développement de la professionnalité du débutant par l'émergence du sentiment identitaire professionnel. Nous avons décrit le phénomène du sentiment identitaire professionnel et proposé une conceptualisation permettant de mettre en exergue l'influence du sentiment identitaire sur le développement de la professionnalité émergente du débutant infirmier. Nous avons montré que la professionnalité du débutant est spécifique des débuts professionnels et ne se pose pas tel un processus linéaire entre la formation et la professionnalité infirmière ; elle est différente de celle du professionnel infirmier plus expérimenté. Cette professionnalité infirmière se développe sur la base du sentiment identitaire du débutant composé de sentiments et de processus d'intégration et d'identification. Les situations rencontrées dans les débuts professionnels activent les composants du sentiment identitaire (Cohérence - Unité singulière - Appartenance - Différence - Valeur personnelle - Autonomie - Confiance), et permettent au sujet de trouver un sens dans ses actions et ses activités professionnelles, une place dans son groupe professionnel.

Les résultats de cette recherche doctorale permettent d'éclaircir ce en quoi les débuts professionnels des infirmiers sont spécifiques d'une professionnalité émergente qui n'est pas celle des infirmiers expérimentés. Le développement de la professionnalité des infirmiers ne se réalise pas dans un continuum des études et nécessite d'être déclenché par des vécus spécifiques des débuts professionnels.

Les perspectives du sentiment identitaire professionnel dans des visées de recherche praxéologiques.

Pour la recherche en Sciences de l'Éducation, spécialité formation des adultes, notre approche du sentiment identitaire professionnel peut éclairer d'autres problématiques de recherche. Il permet de préciser les transformations et les dynamiques identitaires que d'autres chercheurs ont caractérisé dans leurs travaux, en apportant un éclairage psychosocial utile. Cette grille d'analyse par les composants du sentiment identitaire professionnel peut être utile dans d'autres recherches que celle de la professionnalité émergente des débutants. Lorsque nous proposons d'aborder le sentiment identitaire professionnel comme suit, nous considérons le sujet en pleine conscience de Soi professionnel en développement et posons l'influence du sentiment identitaire sur la construction de sa professionnalité. Il s'agit alors du sentiment identitaire professionnel.

Le sentiment identitaire professionnel peut émerger quand le sujet se sent pleinement à sa place et à sa juste valeur dans une situation professionnelle qu'il gère en toute autonomie, dans laquelle il se sent capable de prendre des décisions et dont il surmonte les épreuves de professionnalité. Il se déploie sur un socle de composants du sentiment identitaire équilibrés aux yeux du sujet et en adéquation avec sa démarche de projet identitaire développé pour lui-même et par lui-même, ainsi que sa volonté d'exister en tant que professionnel.

Nous proposons que la grille centrale d'analyse soit mise à l'épreuve de la communauté scientifique, ainsi que la modélisation de la réduction phénoménologique proposée dans notre thèse.

Dans une perspective de formation, les résultats de cette recherche méritent d'être opérationnalisés au regard des éléments contextuels influençant la formation et la professionnalité des infirmiers en France. Nous rappelons notamment le caractère mouvant et tendu de l'exercice professionnel, l'injonction à la professionnalité rapide des débutants infirmiers par les employeurs qui attendent d'eux d'être opérationnels et le cadrage réglementaire par un référentiel de la formation initiale.

Le « **sentiment identitaire professionnel** » peut permettre de faire évoluer le regard porté sur l'apprenant et le professionnel **en y intégrant une réelle spécificité du débutant**. Il peut éclairer les praticiens de la formation initiale et continue, ainsi que ceux de la profession infirmière et de toute profession adressée à autrui. Le concept renforce la conception du sujet unique et singulier, portant en lui-même une cohérence, une valeur personnelle, une autonomie, une différence, un besoin d'appartenance et une confiance, pour se réaliser dans ses projets. Il pourrait être mobilisé dans des accompagnements professionnels (pédagogiques, cliniques), dans des processus de formations (aide à la prise de fonction des soignants débutants) et dans le cadre d'analyses réflexives (analyses des pratiques, analyse de situations, débriefing lors de séances simulées). Son articulation avec les contextes professionnels actuels, eux-mêmes en transformation, pourrait permettre au débutant de prendre de la distance par rapport à son propre vécu, de se questionner sur Soi professionnel et de mettre en perspective ses prises de conscience.

Bibliographie

- Aballéa, F. (1992). Sur la notion de professionnalité. *Recherche sociale*, 124, 39-49.
- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Acker, F. (1997). Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier. *Cognition et information en société*, 8, 65-94. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales.
- Acker, F. (2003). Les infirmières, une profession en crise ? In J. De Kervasdoué. *La Crise des professions de santé* (p. 281-306). Paris : Dunod.
- Acker, F. (2004). Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. Rapport récupéré sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art09.pdf> .
- Adam, P., Herzlich, C. (2014). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin.
- Adler, A. (2006). *La psychologie de la vie*. Paris : L'Harmattan.
- Allport, G-W. (1970). *Structure et développement de la personnalité*. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.
- Arborio, AM. (2009). Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot". In D. Demazière, C. Gadea. *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis* (p.51-61). Paris : La Découverte.
- Ardoino, J., Barus-Michel, J. (2012). Sujet. In J. Barus-Michel, E. Enriquez, A. Lévy. *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 267-274). Paris : Erès.
- Argyris, C. (1995). *Savoir pour agir. Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*. Paris: InterÉditions.
- Ashmore, R., Jussim, L. (1997). *Self and identity*. Oxford: University Press.
- Baeza, C., Tourette-Turgis, C., Wittorski, R. (2013). L'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soins et nouveaux enjeux de professionnalisation. *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 30, 121-133, Presses Universitaires du Mirail.
- Baillauquès, S & Louvet, A. (1992). *La prise de fonction des instituteurs*. Institut national de recherche pédagogique.
- Baillauquès, S. (2002). Identité et responsabilité ou comment la responsabilité vient aux enseignants débutants. *Recherche et Formation*, 41, 65-82.
- Balleux, A. (2007). Le récit phénoménologique : étape marquante dans l'analyse des données. *Recherches qualitatives*, 3, 396-423.
- Barone, T., Berliner, D.-C., Blanchard, J., Casanova, U. et McGowan, T. (1996). A future for teacher education. Developing a strong sense of professionalism. In J. Sikula (dir.),

Handbook of research on teacher education (p. 1108-1149). New York, NY: Simon and Schuster.

Barbier, JM., Chaix, ML., Demailly, L. (1994). Éditorial. Recherche et développement professionnel. *Recherche et formation*, 17, 5-8.

Barbier, JM., Bourgeois, E., & al. (1996a). Formation et dynamiques identitaires. *Éducation permanente*, 128.

Barbier, JM. & al. (1996b). *Situation de travail et formation*. Paris : L'Harmattan.

Barbier, JM. (1996c). De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation. *Éducation permanente*, 128, 11-26.

Barbier, JM., Galatanu, O. (1998). *Action, affects et transformations de soi*. Paris : PUF.

Barbier, JM (2005). Voies nouvelles de la professionnalisation. In M. Sorel, R. Wittorski. *La professionnalisation en actes et en questions* (pp121-134). Paris : L'Harmattan.

Barbier, JM., Bourgeois, E., De Villiers, G., Kaddouri, M. (2006). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan.

Barbier, JM., Bourgeois, E., Chapelle, G., Ruano-Barbalan, JC. (2009). *Encyclopédie de la formation*. Paris : Presses universitaires de France.

Barbier, JM. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris : Presses universitaires de France.

Barbier, JM., Durand, M. (2017). *Encyclopédie d'analyse des activités*. Paris : Presses universitaires de France.

Bardin, L. (2014). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.

Baubion-Broye, A. (1998). *Événements de vie, transitions et construction de la personne*. Ramonville Saint Agnès : Erès.

Baubion-Broye, A., Le Blanc, A. (2001). L'incertitude dans les transitions : nouvelles approches. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 30 (1), 3-8.

Becker, H. S. (2009). Comment parler de la société. *Artistes, écrivains, chercheurs et représentations sociales*, Paris, La Découverte, 7-8.

Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Bruxelles : De Boeck.

Beillerot, J., Mosconi, N. (2006). *Traité des sciences et des pratiques de l'éducation*. Paris : Dunod.

Benner, P. (1995). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris : InterÉditions.

- Bergier, B., Bourdon, S. (2009). *Ruptures de parcours, éducation et formation des adultes*. Paris : L'Harmattan.
- Berland, Y., Gousseron, T. (2002). *Mission "démographie des professions de santé"*. Paris : La Documentation française.
- Bernaude, J.L., Lemoine, C. (2012). *Traité de psychologie du travail et des organisations*. 3^{ème} édition. Paris : Dunod.
- Bertaux, D., De Singly, F. (2010). *Le récit de vie*. Paris : A. Colin.
- Berry, N. (1987). *Le sentiment d'identité*. Begebis : Éditions universitaires.
- Blin, JF. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : L'Harmattan.
- Bodergat, JY., Buznic-Bourgeacq, P. (2015). *Des professionnalités sous tension. Quelles (re)constructions dans les métiers de l'humain ?* Paris : De Boeck.
- Bordes, V. (2014). Socialisation professionnelle. In A. Jorro. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 295-299). Bruxelles : De Boeck.
- Boucher. L-P, Jenkis, S. (2004). Un soutien aux processus de transformation des pratiques au primaire. In M. L'Hostie, P. Boucher (Eds). *L'accompagnement en éducation. Un soutien au renouvellement des pratiques* (p.84-106). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil.
- Bourdoncle, R. (1991). Note de synthèse. La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines. *Revue française de pédagogie*, 94, 73-91.
- Bourdoncle, R. (1993). La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe. *Revue française de pédagogie*, 105, 83-114.
- Bourdoncle, R. (2000). Autour des mots : professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et formation*, 35, 117-132.
- Bourdoncle, R., Lessard, C. (2003). Note de synthèse. Qu'est-ce qu'une formation universitaire ? *Revue française de pédagogie*, 142, 131-181.
- Bourgeois, E. (1996). *L'adulte en formation. Regards pluriels*. Paris : De Boeck.
- Bourgeois, E., Nizet, J. (1997). *Apprentissage et formation des adultes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bourgeois, E. (2006). Tensions identitaires et engagement en formation. In JM.Barbier, E.Bourgeois, G.De Villers, M.Kaddouri. *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (p.65-120). Paris: L'Harmattan.
- Bourgeois, E., Chapelle, G. (2011). *Apprendre et faire apprendre*. Paris: PUF.

Bourgeois, E. (2011). La motivation à apprendre. In E.Bourgeois, G.Chapelle. *Apprendre et faire apprendre* (p.235-253). Paris : Presses Universitaires de France.

Bourgeois, E. (2011). L'image de soi dans l'engagement en formation. In E.Bourgeois, G.Chapelle. *Apprendre et faire apprendre* (p.269-284). Paris : Presses Universitaires de France.

Bourgeois, E., Durand, M. (2012). *Apprendre au travail*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bourgeois, E., Mornata, C. (2012). Apprendre et transmettre le travail. In E.Bourgeois, M.Durand. *Apprendre au travail* (p.33-51). Paris : Presses Universitaires de France.

Bourgeois, E., Mornata, C. (2012). Apprendre en situation de travail: à quelles conditions?. In E.Bourgeois, M.Durand. *Apprendre au travail* (p. 53-67). Paris : Presses Universitaires de France.

Boussard, V., Demazière D. et Milburn, P. (2010). *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.

Boutin, G. (1999). Le développement de l'identité professionnelle du nouvel enseignant et l'entrée dans le métier. In J-C. Héту, M. Lavoie, S. Baillauquès (Eds). *Jeunes enseignants et insertion professionnelle. Un processus de socialisation ? De professionnalisation ? De transformation ?* Bruxelles : De Boeck.

Boutinet, JP., Denoyel, N., Pineau, G., Robin, JY. (2007). *Penser l'accompagnement adulte. Ruptures, transitions, rebonds*. Paris: Presses Universitaires de France.

Brannon, R.L. (1994). *Intensifying Care: The hospital industry, professionalization, and the reorganization of the labor process*. Université de Michigan: Baywood Pub.

Bravo, M.J., Peiro, J.M., Rodriguez, I., Whitely, W.T. (2003). Social antecedents of the role stress and career-enhancing strategies of newcomers to organizations: a longitudinal study. *Work and stress*, 3, 195-217.

Buhot, E., Cosnefroy, L. (2011). De la formation initiale à la première affectation, comment les professeurs des écoles perçoivent-ils leur développement professionnel ? *Les Dossiers des Sciences de l'Education. Pour l'Ère nouvelle*, 44, 18-33.

Camilleri, C., Kastarsztejn, J., Lipiansky, EM. (1990). *Stratégies identitaires*. Paris : Presses Universitaires de France.

Casalfiore, S., Paquay, L. (1998). Le paradigme de l'action située. *American Psychologist*, 29, 512-518.

Casteran Sacreste, B. (2016). La formation aux professions de santé en 2014. *Statistiques*, 198. Paris : DRESS

Champy, F. (2001). *Sociologie de l'architecture*. Paris : La Découverte.

- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Champy, F. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Charlier, B. (1998). Apprendre et changer sa pratique d'enseignement. Bruxelles: De Boeck.
- Clement, M., Vandenberghe, R. (1999). Teachers' professional development: A solitary or collegial (ad)venture? *Teaching and Teacher Education*, 16, 81-101.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Clot, Y., Faïta, D. (2000). Genre et style en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-41.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1, 165-177.
- Cochran-Smith, M., Lytle, S-L. (1999). Relationships of knowledge and practice: teacher learning in communities. *Review of Research in Education*, 24, 249-305.
- Cohen-Scali, V. (2000). *Alternance et identité professionnelle*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cohen-Scali, V. (2001). Le rôle des composantes de la personnalité dans le processus de transition de l'école au travail. *Connexions*, 76, 41-59.
- Cohen-Scali, V. (2010). *Travailler et étudier*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Costalat-Founeau, AM. (1997). Représentation de soi et compétence. In *Identité sociale et dynamique représentationnelle* (p. 47-69). Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.
- Coudray, MA., Gay, C. (2009). *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études d'infirmières*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Dadoy, M. (1986). A la recherche de la notion de professionnalité. *Cahiers du plan de construction métiers du BTP*.
- Day, C. (1999). *Developing teachers. The challenges of lifelong learning*. Londres: Falmer Press.
- Davis, F. (1966). *The nursing profession*. Chicago: John Wiley.
- Debris, S., Flye Sainte Marie, A., Wittorski, R. (2007). Dire le travail éducatif : Une analyse de l'activité des éducateurs en milieu ouvert. Roubaix : École nationale de protection judiciaire de la jeunesse (ENPJJ).
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. 3ème édition. Paris : Bayard.

- Dejours, C. (2001). *Subjectivité, travail et action*. Paris : La pensée éditions.
- De Gaulejac, V. (2009). *Qui suis « je » ?* Paris : Seuil.
- De Ketele, JM. (2011). La reconnaissance professionnelle : ses mondes et ses logiques. In A. Jorro, J-M De Ketele. *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* (p.31-47). Bruxelles : De Boeck.
- Delory-Momberger, C., Clementino de Souza, E. (2015). *Parcours de vie, apprentissage biographique et formation*. Paris : Téraèdre.
- Delory-Momberger, C. (2012). Référentiels interprétatifs et modèles d'analyse. *Séminaire de recherche et de formation à la recherche biographique*. Paris : CNAM.
- Delory-Momberger, C. (2012). Les fondements épistémologiques de la recherche biographique en éducation. *Séminaire de recherche et de formation à la recherche biographique*. Paris : CNAM.
- Demazière, D., Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques*. Paris : Nathan.
- Demazière, D. (2009). Professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation. *Formation emploi*, 108, 83-30.
- Demazière, D., Gadea, C. (2009). *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris : La Découverte.
- Demazière, D., Roquet, P., Wittorski, R. (2012). *La professionnalisation mise en objet*. Paris : L'harmattan.
- Demazière, D. (2013). *Le chômage. Comment peut-on être chômeur ?* Paris : Belin.
- Depelteau, F. (2000). *La démarche de recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Deschamps, JC., Moliner, P. (2008). *L'identité en psychologie sociale. Des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris : Armand Colin.
- Descombes, V. (2013). *Les embarras de l'identité*. Mayenne : Gallimard.
- Descombes, V. (2014). *Le parler de soi*. Barcelone : Éditions Gallimard.
- Devereux, G., Sinaceur, H. (1996). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Aubier.
- Divay, S. (2013). *Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation*. Rennes : EHESP.
- Dolan, SL. & al. (1995). *Psychologie du travail et des organisations*. Montréal : Gaëtan Morin.

Drapeau Contim, P. (2010). *Qu'est-ce que l'identité ?* Paris : Vrin.

DREES. (2011a). La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. *Études et résultats*, 759 (8). Paris : DRESS.

DREES. (2011b). La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. *Études et résultats*, 760 (8). Paris : DRESS.

DRESS. (2016). Portrait des professionnels de santé. *Études et recherche*, 134. Paris : DRESS.

Dreyfus, S.E. & Dreyfus, H.L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Unpublished report supported by the Air Force Office of Scientific Research. University of California: Berkeley.

Dreyfus, S.E. (1981). *Formal Models vs. Human Situational Understanding: Inherent Limitations on the Modelling of Business Expertise*. University of California : Berkeley.

Dubar, C. (1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, 33 (4), 505-529.

Dubar, C. (2000a). *La socialisation. Constructions des identités sociales et professionnelles*. 4ème éd. Paris : Armand Colin.

Dubar, C. (2000b). La crise des identités. Paris : Armand Colin.

Dubar, C. (2002). Entretien d'Annette Gonnin-Bolo avec Claude Dubar. *Recherche et formation*, 41, 131-138.

Dubar, C. (2003). Se construire une identité. *Sciences Humaines*, 40, 44-45.

Dubar, C. (2004). Sociologie des groupes professionnels en France : un bilan prospectif. *Savoirs, Travail et Sociétés*, 2(2), 91-106.

Dubar, C., Tripier, P. (2011). *Sociologie des professions*. 3ème éd. Paris : Armand Colin.

Dubois Fresney, C., Perrin, G. (1999). *Le métier d'infirmière en France*. Paris : Presses Universitaires de France.

Dujarier, M.A. (2006). *L'idéal au travail*. Paris : Presses Universitaires de France.

Durand, J.P. (2004). *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui : flux tendu et travail volontaire*. Paris : Seuil.

Durkheim, E. (2013). De la division du travail social. Paris : Presses Universitaires de France.

Elias, J.L, Merriam S.B. (1980). *Philosophical foundations of adult education*. Huntington, New York: Krieger Publishing Compagny.

Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 113-136.

Eraut, M. (2007). Theoretical and practical knowledge revisited. XXème colloque EARLI, Budapest.

Erikson, E.H. (1972, 1998). Adolescence et crise. La quête de l'identité. Paris : Flammarion.

Erikson, E.H. (1982). Enfance et société. Delachaux et Niestlé.

Evetts, J. (2006). Short note: the sociology of professional groups. *Current sociology*, 54, 133-143.

Faingold, N. (1998). De l'explicitation des pratiques à la problématique de l'identité professionnelle. *Expliciter*, 26, 17-20.

Faingold, N. (2001). De moment en moment, le décryptage de sens. *Expliciter*, 42, 40-48.

Faingold, N. (2004). Explicitation, décryptage du sens, enjeux identitaires. *Éducation permanente*, 160, 81-100.

Faingold, N. (2005). Explicitation, décryptage du sens, enjeux identitaires. Quelles méthodologies d'analyse de pratiques pour quelles prises de conscience ? *Expliciter*, 58, 1-15.

Faingold, N. (2006). Explicitation des pratiques, réflexivité, construction identitaire. *Expliciter*, 63, 18-25.

Faingold, N. (2007). Étude sur les pratiques éducatives à la protection judiciaire de la jeunesse dans les services de milieu ouvert. Analyse de l'activité des éducateurs. Tome 1 et 2.

Faingold, N. (2011). Explicitation des pratiques, décryptage de sens. In M. Hatano, G. Le Meur. *Approches pour l'analyse des activités* (p.115-159). Paris : L'Harmattan.

Faingold, N. (2013). Accompagner l'émotion : explicitation, décryptage de sens et parties de soi. *Expliciter*, 100, 29-38.

Faingold, N. (2013). Comme la mise au monde d'un tout petit. *Expliciter*, 107, 1-20.

Fessler, R., Christensen, J-C. (1992). *The teacher career cycle: understanding and guiding professional development of teacher*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Flexner, A. (1915). Is social work a profession? *School and Society*, 1,26.

Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet*. Paris : Gallimard Seuil.

Fradin, J. (2008). *L'intelligence du stress*. Paris : Eyrolles.

François, PH. (2012). Orientation, vie professionnelle et conseil individuel. In JL. Bernaud, C. Lemoine. *Traité de psychologie du travail et des organisations* (p.15-99). Paris : Dunod.

- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn*. Cambridge: Polity Press.
- Freidson, E. (2006). *Professionalism, the Third Logic. On the Practice of Knowledge*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Freund, J. (1979). Petit essai de phénoménologie sociologique sur l'identité collective. In J. Beauchard (éd.). *Identités collectives et travail social* (p. 65-91). Paris : Privat.
- Galvani, P., Nodin, D., Dechamplain, Y., Dube, G. (2011). *Moments de formation et mise en sens de soi*. Paris : L'Harmattan.
- Giust-Desprairies, F. (2012). Illusions et désillusions de la rationalité instrumentale. In M.Cifali, T. Périlleux. *Les métiers de la relation malmenés* (p.35-55). Paris : L'Harmattan.
- Goffman, E. (1963). *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les éditions de minuit.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Lonrai : Les éditions de minuit.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Lonrai : Les éditions de minuit.
- Greco, L., Mondada, L., Renaud, P. (2014). *Identités en interaction*. Limoges : Lambert-Lucas.
- Greco, L., Mondada, L. (2014). Identités en interaction : une approche multidimensionnelle. In L. Greco, L. Mondada, P. Renaud. *Identités en interaction* (p.7-25). Limoges : Lambert-Lucas.
- Guégen, H., Malochet, G. (2012). *Les théories de la reconnaissance*. Paris : La Découverte.
- Guichard, J. (2000). Cadres et formes identitaires vicariantes et pratiques en orientation. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 29, 181-212.
- Guichard, J., Huteau, M. (2001). *La psychologie de l'orientation*. Paris : Dunod.
- Guichard, J. (2004). Se faire soi. Travail biographique, construction de soi et formation. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33(4), 499-533.
- Guichard, J., Huteau, M. (2007). *Orientations et insertion professionnelle. 75 concepts clés*. Paris : Dunod.
- Guichon, N. (2007). L'identité professionnelle en construction des futurs formateurs de langue. *Le journal de conception, un révélateur de l'identité professionnelle en construction des futurs formateurs de langue*, Mai 2007, Arras, France. p.1-11, [hal-00355870](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00355870) , consulté 09/2016.
- Guillaumin, C., Pesce, S., Denoyel, N. (2012). *Pratiques réflexives en formation : ingéniosité et ingénieries émergentes*. Paris : L'Harmattan.

- Gurvitch, G. (1958). Problèmes de la sociologie générale. *Traité de sociologie*, 2, 155-251.
- Hatano, M., Le Meur, G. (2011). *Approches pour l'analyse des activités*. Paris : L'Harmattan.
- Hébrard, P. (2011). L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui. *Les Sciences de l'Éducation. Pour l'Ère nouvelle*, 44, 103-121.
- Hébrard, P. (2013). Quelle « approche pour les compétences » et quels référentiels pour la formation professionnelle aux métiers de la relation humaine ? *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 30, 16-34, Presses Universitaires du Mirail.
- Hervé, E. (2016). Développer le bien-être au travail à l'hôpital, un levier pour l'épanouissement professionnel des infirmiers. *EMC-Savoirs et soins infirmiers*, 11, 1-13.
- Hoc, JM., Leplat, J. (1983). Evaluation of different modalities of verbalization in a sorting task. *International Journal of Man-Machine Studies*, 18, 283-306.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Éditions du cerf.
- Honneth, A. (2006). *La société du mépris*. Paris : La Découverte.
- Hoyle, E. (1980). Professionalization and deprofessionalization in education. In E. Hoyle, J. Megarry. *Professional development of teachers. Word yearbook of education 1960* (p.42-54). London : Kogan Page.
- Hoyle, E. (1983). The professionalization of teachers: a paradox. In Gordon, P. *Is teaching a profession?* (p.44-54). London: University of London Institute of Education.
- Huberman, M. (1989a). Les phases de la carrière enseignante : un essai de description et de prévision. *Revue française de pédagogie*, 80, 5-16.
- Huberman, M. & Al, (1989b). *La vie des enseignants : évolution et bilan d'une profession*. Neuchâtel-Paris : Delachaux/Niestlé.
- Hugues, EC. (2003). La fabrication d'un médecin. *Les Sciences de l'éducation pour l'Ère nouvelle*, 2.
- Hugues, EC. (1996). *Le regard sociologique*. Paris : EHESS.
- Hugues, EC. (1996). Pour étudier le travail d'infirmière. In *Le regard sociologique* (p.69-73). Paris : EHESS.
- Hugues, EC. (1996). Le travail et le soi. In *Le regard sociologique* (p.75-85). Paris : EHESS.
- Hugues, EC. (1958). *Men and their work*. Glencoe: The Free Press.
- Huot, I. (2014). Reconnaissance et validation des acquis de l'expérience. In A. Jorro. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p.277-281). Bruxelles : De Boeck.

Husserl, E. (1950). Les réductions phénoménologiques (p.187-205). In *Idées directrices pour une phénoménologie*. Paris : Gallimard.

James, W. (1921). *Précis de psychologie*. Paris : Marcel Rivière Éditeur.

Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.

Jorro, A. (2002). *Professionaliser le métier d'enseignant*. Paris : ESF.

Jorro, A. (2007). *Évaluation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.

Jorro, A. (2009). *La reconnaissance professionnelle en éducation : évaluer, valoriser, légitimer*. Ottawa : Presses Universitaires d'Ottawa.

Jorro, A., De Ketele, JM. (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles : De Boeck.

Jorro, A., Pana-Martin, F. (2012). Le développement professionnel des enseignants débutants : Entre accompagnement et reconnaissance professionnelle. *Recherches & Éducatives*, 7, 115-131.

Jorro, A., De Ketele, JM. (2013). *L'engagement professionnel en éducation et formation*. Bruxelles : De Boeck.

Jorro, A. (2014). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Bruxelles : De Boeck.

Kaddouri, M. (2002). Les dynamiques identitaires. Questions pour la recherche et la formation. *Recherche et Formation*, 41.

Kaddouri, M. (2002). Les dynamiques identitaires. *Considérations épistémologiques, méthodologiques et professionnelles*. *Recherche et Formation*, 41, 5-9.

Kaddouri, M. (2005). Professionnalisation et dynamiques identitaires. In M. Sorel, R. Wittorski. *La professionnalisation en actes et en questions* (p. 145-157). Paris : L'Harmattan.

Kaddouri, M. (2006). Dynamiques identitaires et rapport à la formation. In JM.Barbier, E.Bourgeois, G.De Villers, M.Kaddouri. *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (p.121-147). Paris: L'Harmattan.

Kaddouri, M., Lespassailles, C., Maillebouis, M., Vasconcellos, M. (2008). *La question identitaire dans le travail et la formation*. Paris : L'Harmattan.

Kaddouri, M. (2008). Formation en alternance et constructions identitaires. In M. Kaddouri, C. Lespassailles, M. Maillebouis, M., Vasconcellos, M. *La question identitaire dans le travail et la formation* (p.173-185). Paris : L'Harmattan.

Kaddouri, M. (2014). Dynamiques identitaires et singularisation des parcours dans les transitions socioprofessionnelles. *Sociologies pratiques*, 28, 15-18.

- Kaddouri, M. (2017). Une grille pour analyser les enjeux identitaires des situations de transition. *Éducation permanente*, 212, 121-136.
- Karnas, G. (2002). *Psychologie du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kaufmann, JC. (2004). *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris : Hachette Littératures.
- Kaufmann, JC. (2014). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.
- Kuhlman, E. (2006). *Modernizing health care. Reinventing professions, the state and the public*. Bristol : Policy Press.
- Labbé, S., Champy-Remoissenard, P. (2013). Le travail en évolution. *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 30. Le Mirail : Presses Universitaires du Mirail.
- Laplanche J., Pontalis JB. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Laplantine, F. (2010). *Je, nous et les autres*. Paris : Le Pommier.
- Ledesma, L. (2017). Les infirmiers débutants : quelles transformations identitaires ? *Carnets de recherche sur la formation* [en ligne], oct. 2017. <https://crf.hypotheses.org/114>.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail : contribution à la psychologie ergonomique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lesourd, F. (2004). Les moments privilégiés en formation existentielle. Contribution multiréférentielle à la recherche sur les temporalités éducatives chez les adultes en transformation dans les situations liminaires. Université Paris VIII, Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation.
- Lesourd, F. (2006). L'explicitation biographique des moments transformateurs. In H.Bézille, B.Courtois. *Penser la relation Expérience-formation* (p. 142-155). Lyon : Chronique sociale.
- Lesourd, F. (2009). *L'homme en transition. Éducation et tournants de vie*. Paris : Economica-Anthropos.
- Levi-Strauss, C. (1977). *L'identité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Linton, R. (1994). *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Loquet, J., Ricroch, L. (2014). Les conditions de travail dans les établissements de santé. In *Le panorama des établissements de santé*. Paris : DRESS.
- Maggi, B. (2011). *Interpréter l'agir : un défi théorique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Malewska-Peyre, H., Tap, P. (1991). Les enjeux de la socialisation. In *La socialisation de l'enfance à l'adolescence* (p.7-18). Paris : PUF.

- Marc, E., Picard, D. (1989). *L'interaction sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Marc, E. (2005). *Psychologie de l'identité*. Paris : Dunod.
- Marchal, H. (2012). *L'identité en question*. Paris : Ellipses.
- Martuccelli, D. (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris : Armand Colin.
- Mathey-Pierre, C., Bourdoncle, R. (1995). Autour du mot "professionnalité". *Recherche et formation*, 19, 137-148.
- Maubant, P., Roger, L., Caselles-Desjardins, B., Mercier, B., Gravel, N. (2010). Questions et enjeux dans l'étude compréhensive des processus de professionnalisation dans les métiers de l'intervention humaine. *Les Dossiers des Sciences de l'Education*, 24, 109-128.
- Maubant, P., Piot, T. (2011). Étude des processus de professionnalisation dans les métiers adressés à autrui. *Les Dossiers des Sciences de l'Education. Pour l'Ère nouvelle*, 44, 7-11.
- Maubant, P. (2013). *Apprendre des situations. Un analyseur de la professionnalisation dans les métiers adressés à autrui*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Maurel, M. (2008). La psycho-phénoménologie, théorie de l'explicitation. *Explicititer*, 77, 1-29.
- Mead, G-H. (1963). *L'esprit, le soi et la société*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mègemont, J.L., Baubion-Broye, A. (2001). Dynamiques identitaires et représentation de soi dans une phase de transition professionnelle et personnelle. *Connexions*, 76.
- Merhan, F. (2013). L'alternance : entre engagement en formation et engagement professionnel. In A. Jorro, JM. De Ketele. *L'engagement professionnel en éducation et formation* (p.87-105). Bruxelles: De Boeck.
- Merton, R.K. (1957). *The student physician. Introductory studies in sociology of medical education*. Cambridge : Haward University Press.
- Merton, R.K. (1997). *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris : Armand Colin-Masson.
- Michaud, G. (1978). *Identités collectives et relations interculturelles*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mohib, N. (2014). Tutorat. In A. Jorro. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 338-340). Bruxelles : De Boeck.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Mouchet, A. (2014). L'entretien d'explicitation. Usages diversifiés en recherche et en formation. Paris : L'Harmattan.
- Mouchet, A., Cattaruzza, E. (2015). La subjectivité comme ressource en éducation et en formation. *Recherche et Formation*, 80.
- Mouchet, A., (2016). Comprendre l'activité en situation : articuler l'action et la verbalisation de l'action. *Savoirs*, 40, 9-70.
- Mucchielli, A. (1986). *L'identité. Que sais-je ?* Paris : Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, A. (2015). L'identité individuelle et les contextualisations de soi. *Le Philosophoire*, 43, 101-114.
- Mulin, T. (2014). Posture professionnelle. In A. Jorro. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p.213-216). Bruxelles : De Boeck.
- Osterrieth, P.A. (1965). *Faire des adultes*. Bruxelles : Dessart.
- Osty, F. (2010). *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes : Presse Universitaires de Rennes.
- ONDPS. (2004). *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*. Rapport, tome 3. Récupéré sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000455/index.shtml>
- Paul, M. (2002). L'accompagnement : une nébuleuse. *Éducation permanente*, 153, 43-56.
- Paille, P., Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Perez-Roux T. (2012). Construction identitaire des enseignants débutants : quelle reconnaissance d'autrui pour se (re)connaître en tant que professionnel ? *Recherches & éducations*, 7,69-84.
- Piaget, J. (1964). *La formation du symbole chez l'enfant*. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.
- Pierru, F. (2007). *Hippocrate malade de ses réformes*. Paris : Éditions du Croquant.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Questions vives*, 11(5), 260-275.
- Pouchelle, MC. (2003). *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*. Paris : Seli Arslan.
- Philippot, T. (2008). La professionnalité des enseignants de l'école primaire : les savoirs et les pratiques. Sciences de l'Homme et Société. Université de Reims-Champagne Ardenne, France. Récupéré du site HAL <tel-00444595>.

Ravon, B. (dir.) Decrop, G., Ion, J., Laval, C, Vidal-Naquet, P. (2008). *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*. Récupéré du site <http://www.cnle.gouv.fr/le-malaise-des-travailleurs.html>. Recherche pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), Ministère de la santé et des solidarités – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Ravon, B. (2009). Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations sociales*, 152, 60-68.

Ravon, B (2014). Usure professionnelle. In A. Jorro. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p.341-343). Louvain, Bruxelles : De Boeck.

Ravon, B., Vidal-Naquet, P. (2014). Épreuve de professionnalité. In Ph.Zawieja, F.Guarnieri. *Dictionnaire des risques psychosociaux* (p.268-272). Paris : Le Seuil.

Ria, L., Saury, J., Sève, C., & Durand, M. (2001). Les dilemmes des enseignants débutants : études lors des premières expériences de classe en Éducation Physique. *Science et Motricité*, 42, 47-58.

Ria, L., Sève, C., Theureau, J., Saury, J., & Durand, M. (2003). Beginning teacher's situated emotions: Study about first classroom's experiences. *Journal of Education for Teaching*, 29(3), 219-233.

Ria., L.& al, (2004). Expériences typiques des enseignants débutants. *EPS*, 305, 67-70.

Ria, L. (2009). De l'analyse de l'activité des enseignants débutants en milieu difficile à la conception de dispositifs de formation. In M. Durand & L. Filliettaz. *La place du travail dans la formation des adultes.*, p.217-243. Paris : Presses Universitaires de France.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil.

Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock.

Robin, JY. (2009). Les disqualifications professionnelles. Crises, ruptures et transition. In B. Bergier, S. Bourdon, *Ruptures de parcours, éducation et formation des adultes* (pp 171-197). Paris : L'Harmattan.

Roger, JL. (2007). *Refaire son métier. Essai de clinique de l'activité*. Toulouse : Erès.

Roquet, P. (2007). La diversité des processus de professionnalisation : une question de temporalités. *Carriérologie*, 11 (1), 190-213.

Roquet, P. (2010). Temporalités, activités formatives et professionnelles. *Recherches qualitatives*, 8, 76-92.

Roquet, P. (2012). Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse. *Phronésis*, 2(1), 82-88.

Roudinesco, E., Plon, M. (2011). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Fayard.

Roy, J., Robichaud, F. (2016). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières. *Recherche en Soins Infirmiers*, 127, 82-90.

Sainsaulieu, I. (2003). *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*. Paris : L'Harmattan.

Saujat, F. (2004). Comment les enseignants entrent dans le métier ? *Formation et pratiques d'enseignement en questions*, 1, 97-106.

Savoyant, A. (2005). La professionnalisation des personnels infirmiers. *Céreq*, 4 (5), 3-25.

Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif*, Montréal : Éditions Logiques.

Shulman, L.S. (1986). Those who understand: Knowledge growth in teaching. *Educational Researcher*, 15(2), 4-14.

Schwartz, SH. (2006). Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*, 47, 929-968.

Sorel, M., Wittorski, R. (2005). *La professionnalisation en actes et en questions*. Paris : L'Harmattan.

Sorel, M. (2008). A propos de la professionnalisation : le retour du sujet. *Savoirs*, 17, 37-50.

Super, DE. American. (1953). A theory of vocational development *Psychologist*, 8, 185-190.

Tardif, M., Lessard, C., Layahe, L. (1991). Les enseignants des ordres d'enseignement primaire et secondaire face aux savoirs. Esquisse d'une problématique du savoir enseignant. *Sociologie et société*, 23, 55-69.

Tap, P. (1988). *La société pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne*. Paris : Dunod.

Tap, P. (1991). Socialisation et construction de l'identité personnelle. In H. Malewska-Peyre & al. *La socialisation de l'enfance à l'adolescence* (p.49-74). Paris : PUF.

Thévenet, M. (2012). *Le travail, ça s'apprend*. Paris : Organisation.

Thévenet, M., Neveu, J-P. (2002). *L'implication au travail*. Paris : Vuibert.

Tillard-Cassar, B. (2006). Professionnels de santé. In J. Beillerot, N. Mosconi. *Traité des sciences et des pratiques de l'éducation*, 341-350. Paris : Dunod.

Tourette-Turgis, C., Thievenaz, J. (2013). La reconnaissance du « travail » des malades : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation. *Les sciences de l'éducation. Pour l'ère nouvelle*, 46, 69-87.

Trépos, JY. (1992). *Sociologie de la compétence professionnelle*. Nancy : Presses Universitaires.

Uwamariya, A., Mukamurera, J. (2005). Le concept de développement professionnel en enseignement : approches théoriques. *Revue des sciences de l'éducation*, 31,133-155.

Vega, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15(3), 103-132.

Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du travail infirmier*. Paris : Archives contemporaines.

Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation* (éd.2014). Issy-les-Moulineaux : ESF.

Vermersch, P. (1996). Problèmes de validation des analyses psychophénoménologiques. *Expliciter*, 14.

Vermersch, P., Maurel, M. (1997). *Pratiques de l'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.

Vermersch, P. (2000). Définition, nécessité, intérêt, limite du point de vue en troisième personne comme méthode de recherche. *Expliciter*, 35, 19-35.

Vermersch, P. (2001). Psychophénoménologie de la réduction. *Expliciter*, 42, 1-19.

Vermersch, P. (2007). Bases de l'auto-explicitation. *Expliciter*, 69, 1-31.

Vermersch, P. (2009). Notes sur la sémiose et le sens : l'exemple du focusing. *Expliciter*, 79, 24-41.

Vermersch, P. (2012). *Explicitation et phénoménologie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Vermersch, P. (2017). L'introspection comme pratique. In JM. Barbier, M. Durand. *Encyclopédie d'analyse des activités* (p.89-111). Paris : Presses universitaires de France.

Walter, B. (1998). *Le savoir infirmier : construction, évolution et révolution de la pensée infirmière*. Paris : Lamarre.

Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Éducation permanente*, 135, 57-71.

Wittorski, R. (2001). La professionnalisation en questions. *Centre de Recherche sur la formation. Action et identité* (93-115). Paris : INRP.

Wittorski, R. (2003). Analyse de pratiques et professionnalisation. In D. Fablet, C. Blanchard-Laville. *Travail social et analyse de pratiques professionnelles* (p.69-89). Paris : L'Harmattan.

Wittorski, R. (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 9-36.

Wittorski, R., Briquet-Duhazé, S. (2008). *Comment les enseignants apprennent-ils leur métier ?* Paris : l'Harmattan.

Wittorski, R. (2010). Regards croisés sur la professionnalisation et ses objets. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation*, 24.

Wittorski, R. (2014). Professionnalisation. In A. Jorro. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p.233-236). Bruxelles : De Boeck.

Wittorski, R. (2014). Savoir professionnel. In A. Jorro. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p.283-285). Bruxelles : De Boeck.

Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence*. Paris : Liaisons.

Zavalonni, M., Louis-Guérin, C. (1984). *Identité et conscience. Introduction à l'égo-écologie*. Montréal : Presses Universitaires de Montréal.

Laurence APPRIOU LEDESMA

LE SENTIMENT IDENTITAIRE PROFESSIONNEL

Résumé

La recherche porte sur le sentiment identitaire professionnel des débutants infirmiers. Elle interroge le vécu subjectif des débuts professionnels et éclaire les rapports entre les dynamiques identitaires (Kaddouri, 2006) en jeu dans cette transition (Guichard, 2007) et l'émergence de la professionnalité. La méthodologie qualitative dans le cadre d'une approche psychophénoménologique (Vermersch, 2012), permet de questionner la logique personnelle du sujet dans ces moments (Mouchet, 2014), en mobilisant principalement les concepts de sentiment identitaire (Erikson, 1968 ; Allport, 1970 ; Tap, 1988) et de professionnalité émergente (Jorro, 2011). L'étude longitudinale s'appuie sur des entretiens compréhensifs (Kaufmann, 2014), d'explicitation (Vermersch, 1994) avec décryptage de sens (Faingold, 1998, 2011) et d'explicitation biographique (Lesourd, 2009). Les résultats mettent en évidence l'émergence d'un sentiment identitaire professionnel nécessaire à la construction de la professionnalité émergente spécifique des débutants infirmiers, et pourraient être pris en compte pour repenser leur accompagnement.

Mots clés : Sentiment identitaire professionnel, professionnalité émergente, débutants infirmiers, vécu subjectif, psychophénoménologie, entretien d'explicitation.

Abstract

The doctoral research focuses on nursing beginners' professional identity feeling. It questions subjective experience about starting and enlightens the relations between identity dynamics (Kaddouri, 2006) during this transition (Guichard, 2007) and the emergence of the beginner's professionalism. The qualitative methodology, in a psychophenomenology approach (Vermersch, 2012), questions personal subject logic in these moments (Mouchet, 2014) ; it mainly relies on concepts of identity feeling (Erikson, 1968; Allport, 1970; Tap, 1988) and emerging professionalism (Jorro, 2011). The longitudinal study is based on comprehensive interviews (Kaufmann, 2014), elicitation interviews (Vermersch, 1994) completed with the decryption of meanings (Faingold, 2011) and biographical interviews combined with elicitation (Lesourd, 2009). The results reveal a professional identity feeling which emerges among the beginners, and which is useful to develop their specific emerging beginning professionalism, and help to reconsider the professional accompaniment.

Keywords: Professional identity feeling, emerging professionalism, nursing beginners, subjective experience, psychophenomenology, elicitation interview.