

Approche clinique de l'insertion professionnelle des infirmières débutantes au sein d'une équipe de soins : analyse de la dynamique identitaire à partir d'événements rencontrés durant la première année de travail

BULLIARD, Corinne Marthe Jacqueline

Abstract

A partir de l'analyse fine d'entretiens cliniques réalisés tous les deux mois durant un an, cette thèse étudie l'insertion professionnelle de sept infirmières HES débutantes, quel que soit leur milieu de travail. Elle met d'abord l'accent sur les dynamiques identitaires singulières, desquelles émergent des similitudes quant à leur évolution, particulièrement en regard des attentes et des besoins vis-à-vis des autres significatifs. Elle développe également cinq événements (travailler seule en responsabilité, devenir personne de référence de stagiaire, commettre des erreurs, vivre des conflits dans le cadre de l'équipe, ainsi qu'entre infirmière et médecin) qui ont influencé significativement l'évolution de la dynamique identitaire, le développement des compétences, la trajectoire au sein de la communauté de pratique, ainsi que la constitution d'un sentiment de sécurité psychologique au travail. Les ressources et les besoins de ces nouvelles professionnelles sont questionnés, tant au niveau de la formation que des milieux d'insertion, afin de favoriser cette transition.

Reference

BULLIARD, Corinne Marthe Jacqueline. *Approche clinique de l'insertion professionnelle des infirmières débutantes au sein d'une équipe de soins : analyse de la dynamique identitaire à partir d'événements rencontrés durant la première année de travail.*

Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2015, no. FPSE 619

URN : [urn:nbn:ch:unige-801487](http://nbn-resolving.org/urn:nbn:ch:unige-801487)

DOI : [10.13097/archive-ouverte/unige:80148](http://dx.doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:80148)

Available at:

<http://archive-ouverte.unige.ch/unige:80148>

Disclaimer: layout of this document may differ from the published version.





**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION**

Section des Sciences de l'éducation

Sous la co-direction de la Professeure Mireille Cifali et du Professeur Etienne Bourgeois

**Approche clinique de l'insertion professionnelle des infirmières débutantes au sein
d'une équipe de soins : analyse de la dynamique identitaire à partir d'événements
rencontrés durant la première année de travail.**

Le cas d'infirmières HES issues de la Haute Ecole de Santé de Fribourg

Tome 1

THESE

Présentée à la
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en **Sciences de l'éducation**

par

Corinne BULLIARD

Thèse No 619

Membres du Jury :

Etienne Bourgeois, co-directeur, FPSE, Université de Genève

Mireille Cifali, co-directrice, FPSE, Université de Genève

France Merhan, FPSE, Université de Genève

Michel Nadot, Haute Ecole de Santé de Fribourg

Guy de Villiers Grand-Champs, Université catholique de Louvain-la-Neuve

Genève, Décembre 2015

Remerciements

Tout au long de ce long périple qu'a été la thèse, de nombreuses personnes ont accompagné mon cheminement, me guidant, me soutenant, me questionnant, me chahutant, me rassurant. Toutes ces impulsions, ces coups de frein, ces réorientations ont contribué à l'élaboration de cette thèse. Merci à tous ceux et celles qui se sont reconnus dans mes propos.

Je tiens toutefois à remercier particulièrement quelques personnes sans qui ce parcours n'aurait pas été possible :

A Mireille Cifali Bega, toute ma reconnaissance pour m'avoir laissée suivre ma route, acceptant mes moments d'errance, de disparition, et pour une présence toujours juste, à la bonne distance, à la fois stimulante et bienveillante.

A Etienne Bourgeois, un grand merci d'avoir accepté de prendre le train en marche et d'« entrer dans la clinique », ainsi que pour la guidance dans la découverte des cadres théoriques du travail et de la formation.

Aux 10 nouvelles professionnelles qui ont participé à cette recherche : votre authenticité, votre générosité, votre engagement et la richesse de nos échanges durant l'année où nous nous sommes rencontrées ont été une source de motivation permanente. Sans le savoir, vous m'avez depuis accompagnée presque au quotidien. Vous avez ma profonde gratitude.

Un grand merci :

A Danielle, pour les échanges, les débats, le soutien proche, et la lecture attentive.

A Déborah, Marie-Theres et Rebecca, pour le soutien constant, dans les mots et dans les actes, et pour une collaboration précieuse et motivante.

Aux membres du groupe FOR, pour le partage de la « folie » qu'est cette expérience doctorale.

A Nadine, pour les heures de retranscription des entretiens.

A Claire, dont les SMS arrivaient toujours à propos.

A la HEdS-Fribourg, pour le temps accordé et les fructueux échanges entre collègues.

Guide des abréviations et des terminologies spécifiques

AS	Aide-soignante
ASSC	Assistante en soins et santé communautaire CFC
AVQ	Activités de la vie quotidienne (boire, manger, se laver, etc.)
Cardex	Dossier papier du patient comprenant l'ensemble des ordres, des traitements, des soins, des observations, etc.
Cath	Cathéter
CP	Communauté de pratique
FE	Formateur en entreprise
HEdS-FR	Haute Ecole de Santé de Fribourg
IA	Infirmière-assistante
ICUS	Infirmière-Cheffe d'Unité de Soins
NP	Nouvelles professionnelles
PF	Praticienne formatrice
Rapport	Temps de transmissions orales dans les équipes de soins, prioritairement lors de changement d'équipe
SC	Système culturel selon Nadot
SPT	Sécurité psychologique au travail (<i>Team psychological safety</i>)
TSRPF	Travailler seule en responsabilité pour la première fois
Venflon	Cathéter pour perfusion périphérique

Table des matières

Remerciements	3
Guide des abréviations et des terminologies spécifiques	5
Table des matières	I
Introduction 1	
PARTIE I : Développement de la question de recherche et démarche méthodologique . 5	
1. Contexte et élaboration de la question de recherche.....	7
1.1 Contexte de la recherche	7
1.1.1 Evolution de la formation des infirmières	7
1.1.2 Evolution du monde de la santé	9
1.2 Insertion professionnelle des infirmières : état de la question	11
1.2.1 Pénurie, conditions de travail et rétention des infirmières.....	11
1.2.2 Insertion professionnelle.....	13
1.2.3 Soutien à l'insertion	15
1.3 Les références par rapport à une approche du sujet et du travail.....	16
1.3.1 Une approche clinique d'orientation psychosociologique, et ses hypothèses sur la subjectivité et le social	16
1.3.2 Le travail, une approche clinique.....	19
1.4 L'activité infirmière	23
1.4.1 Bref rappel historique	23
1.4.2 Activité soignante en 14 groupes de pratique	25
1.5 Question de recherche.....	26
2. Démarche méthodologique	27
2.1 Une approche clinique dans ses options méthodologiques.....	27
2.1.1 Clinique et posture du chercheur	28
2.2 Dispositif de recherche.....	30
2.2.1 Public cible et échantillon	30
2.2.2 Récolte de données	31
2.3 Analyse des données empiriques et théorisation	33
2.3.1 Analyse durant la phase de récolte de données.....	34
2.3.2 Elaboration de récit individuel de l'insertion.....	34
2.3.3 Analyses réalisées à partir des récits.....	36

2.4	Synthèse et perspectives	37
3.	Identité et dynamiques identitaires : apport théorique	39
3.1	Concept d'identité, repérage historique	39
3.2	L'identité, un processus de construction permanente, en interaction avec autrui	41
3.3	Tensions identitaires	45
3.4	Stratégies identitaires et modalités de régulation des tensions identitaires ...	49
3.5	Dynamiques identitaires.....	53
3.6	Intérêts de la dynamique identitaire pour analyser le matériau empirique	54
4.	Parcours singulier et dynamique identitaire des NP	57
4.1	Agathe	57
4.2	Charline.....	59
4.3	Cléa	61
4.4	Elisa.....	62
4.5	Judith.....	64
4.6	Roxanne	66
4.7	Sabina.....	67
PARTIE II : Analyse d'événements significatifs de l'insertion professionnelle dans un collectif de travail, ainsi que de leur influence sur la dynamique identitaire des NP		71
5.	L'événement : apport théorique et orientation dans le contexte analysé	73
5.1	L'événement : un concept très actuel et pourtant ancien	73
5.1.1	L'événement : ce qui arrive et qui ouvre des possibles	73
5.1.2	L'événement : ce qui m'arrive et laisse des traces signifiantes	75
5.2	L'événement, un surgissement, une rupture	75
5.2.1	L'événement et le sujet	77
5.2.2	L'événement et la temporalité	77
5.2.3	L'événement et la construction du sens	78
5.2.4	L'événement et le monde du travail à l'heure actuelle	79
5.3	Les différents événements rapportés par les NP	80
5.3.1	Remise en question professionnelle et personnelle provoquée par les soins et la relation au patient	80
5.3.2	Les fins de vie et/ou la mort des patients	82
6.	Travailler seule en responsabilité pour la première fois (TSRPF).....	83

6.1	Caractéristiques des situations TSRPF	84
6.1.1	Un événement inévitable.....	84
6.1.2	Un moment inattendu et subi	84
6.1.3	Seule ou seule au milieu des autres ?.....	86
6.2	Obstacles et ressources individuelles en lien avec TSRPF	87
6.2.1	Ressources et limites liées à la formation	88
6.2.2	Des savoirs à ancrer dans la pratique	91
6.2.3	Mise en doute des compétences induite par TSRPF	94
6.2.4	L'évaluation clinique des patients : doutes et insécurité, un problème majeur	96
6.2.5	Stratégies d'apprentissage.....	101
6.3	Contextes : Spécificités, éléments facilitateurs et obstacles à la transition .	104
6.3.1	Contexte organisationnel au moment de TSRPF	105
6.3.2	Soutien à l'insertion : du déclaré à l'offre effective, enjeux pour la NP et l'équipe de soins	108
6.3.3	Contextes/missions spécifiques et enjeux par rapport à TSRPF : soins à domicile, home, en intérim	113
6.4	Relation entre NP et éléments du contexte	120
6.4.1	Nouvelles diplômées HES : regard/discours sur leur diplôme et impact sur le vécu de cette première fois seule en responsabilité	120
6.4.2	Repérage des attentes : le poids de l'implicite.....	123
6.5	TSRPF et dynamique identitaire durant les trois premiers mois	127
7.	De l'autre côté du miroir : hier stagiaire, aujourd'hui personne de référence des stagiaires	131
7.1	Praticienne formatrice : quelles compétences dans quel-s but-s ?	132
7.1.1	Mandat officiel des PF	133
7.1.2	Compétences visées par la formation de PF	134
7.2	Assignment d'une nouvelle mission et attentes institutionnelles.....	136
7.2.1	Désignées volontaires	136
7.2.2	Pouvoir encadrer des stagiaires : le bénéfice de la décision de Charline de quitter son premier poste.....	138
7.2.3	Stagiaires confiées aux NP : questionnement et enjeux.....	139
7.3	« Détermine et accompagne le processus de formation de l'étudiant-e sur le lieu de pratique professionnelle » : oui mais comment ?.....	143

7.3.1	Quel niveau d'attentes pour les performances des stagiaires ? : le juste milieu entre exigence formatrice et attentes démesurées nuisibles	143
7.3.2	Ressources pour déterminer le niveau d'attentes et assurer l'encadrement	146
7.3.3	Compétences pédagogiques pour assurer l'encadrement	150
7.4	Impacts de l'activité d'encadrement sur la prise de poste des NP	155
7.4.1	Impacts de l'encadrement sur leur propre activité d'infirmière.....	155
7.4.2	Effets de l'encadrement sur la place des NP dans l'équipe	158
7.4.3	Ressources et besoins pour réaliser l'activité	163
7.5	Effets des premières expériences d'encadrement sur la dynamique identitaire des NP	165
8.	Les erreurs.....	167
8.1	La sécurité psychologique au travail.....	167
8.1.1	Les comportements d'apprentissage et leurs enjeux.....	168
8.1.2	Confiance versus Sécurité psychologique au travail	169
8.1.3	Sécurité psychologique au travail et apprentissage en groupe.....	170
8.2	L'erreur humaine : des conceptions différentes.....	171
8.2.1	Le modèle de l'erreur humaine selon Reason.....	172
8.2.2	L'erreur : définition et catégorisation	174
8.3	Types d'erreurs commises par les NP et conditions de survenue.....	175
8.3.1	Les erreurs médicamenteuses	176
8.3.2	Ratés/lapsus et défaut de planification dans les gestes techniques	179
8.4	Réactions des NP face aux erreurs.....	184
8.4.1	Peur... de quoi ? pour qui ?	184
8.4.2	Peur du regard de l'autre.....	187
8.4.3	Sidération	188
8.5	Réaction de l'équipe face à l'erreur de la NP et sécurité psychologique au travail	189
8.5.1	Aide versus stigmatisation	189
8.5.2	Erreur reconnue et pourtant toujours membre de l'équipe	191
8.8	Erreurs et dynamique identitaire	195
8.8.1	Régression et besoin de se reconstruire suite aux erreurs.....	195
8.8.2	Remise en question puis poursuite du projet	196
9.	Conflits et désaccords au sein de l'équipe soignante.....	199

9.1	Communauté de pratique : Caractéristiques et impacts sur l'identité.....	200
9.1.1	CP et négociation de sens	201
9.1.2	Participation / Réification	202
9.2	Les conflits : quelques repères théoriques	204
9.3	Conflits avec des collègues ASSC	206
9.3.1	Arrivée et insertion dans la CP des NP	206
9.3.2	Porter la responsabilité des actes de quelqu'un d'autre	207
9.3.3	Conflit de valeurs et de pouvoir : les risques du positionnement	211
9.3.4	Impact de la gestion institutionnelle sur la CP.....	215
9.4	Conflit entre pairs et/ou avec la hiérarchie directe	217
9.4.1	Conflits induits par des erreurs ou l'encadrement de stagiaire	219
9.4.2	Conflit professionnel ou querelle entre copines ?.....	222
9.4.3	Frustration et déception liée à des décisions de la hiérarchie pour des arguments fallacieux	224
9.5	Quand un conflit avec un patient influence la compréhension des rôles dans l'équipe	226
9.6	Conflits au sein de l'équipe et dynamique identitaire.....	230
9.6.1	Relations asymétriques et pouvoir, une découverte difficile à appréhender d'un point de vue identitaire	230
9.6.2	Entre singularité et similarité	231
10.	Conflits et désaccords entre NP et médecins	233
10.1	Relations entre différentes CP : caractéristiques et modalités	234
10.1.1	Hiérarchie médicale et fonctionnement collaboratif fréquent entre infirmières et médecins	235
10.1.2	Les frontières entre CP : éléments favorisant leur perméabilité.....	238
10.2	Conflits entre NP et médecins : de quoi sont-ils faits ? Quels effets ont-ils ?...	241
10.2.1	Conflit de valeurs quant au sens de l'activité et de la mission	241
10.2.2	Conflit identitaire et professionnel en regard des modes de collaboration	246
10.2.3	Conflit identitaire lié à un sentiment de manque de reconnaissance et de respect	254
10.2.4	Collaboration médecin-infirmière et fonctionnement institutionnel : d'un sentiment de réussite à la frustration.....	258
10.2.5	Quand les décisions médicales se répercutent sur les infirmières	261

10.3	Stratégies de résolutions de ces conflits et/ou dissensions	266
10.3.1	Faire entendre son point de vue : répéter la demande, seriner.....	266
10.3.2	Solliciter les cadres, relais officiels entre les CP	268
10.3.3	Tenter de se désimpliquer, de prendre de la distance	270
10.3.4	Se taire ou, du moins, ne pas nommer explicitement le conflit.....	271
10.4	Impact des conflits NP-médecin sur la construction identitaire	272
PARTIE III : Synthèse et éclairage		275
11.	Les événements : synthèse, éclairage et enjeux sur la dynamique identitaire	277
11.1	TSRPF : un événement inévitable qui marque le passage de stagiaire à diplômée.....	277
11.1.1	Une épreuve initiatique, dans un nouveau rôle et dans un nouvel environnement.....	278
11.1.2	Obstacles, ressources et stratégies pour gérer le travail seule en responsabilité	283
11.1.3	Enjeux pour les NP et les institutions	288
11.1.4	TSRPF, conditions d'accueil et répercussions sur la dynamique identitaire des NP	293
11.2	Erreurs et insertion professionnelle.....	295
11.2.1	Types d'erreur et les conditions de leur survenue	296
11.2.2	Réaction des collègues et SPT	299
11.2.3	Erreurs, SPT et rôle des ICUS	302
11.3	Conflits et construction identitaire.....	302
11.3.1	Pouvoir et travail.....	303
11.3.2	Pouvoir, nouvelles professionnelles et communauté de pratique	304
11.3.3	Reconnaissance et pouvoir.....	307
11.3.4	Conflits médecin-NP et rapport au pouvoir.....	308
11.4	Evénements, SPT et insertion dans une CP : liens et effets sur la dynamique identitaire	311
12.	Dynamiques identitaires des NP : tendance, dissemblance et ressemblance des parcours singuliers	313
12.1	De stagiaire à diplômée : des changements importants, pourtant dans la continuité et nécessitant une confirmation de soi	314
12.1.1	Formation en alternance, construction identitaire et insertion professionnelle	314
12.1.2	Dynamique identitaire de la transition stagiaire à diplômée.....	315

12.1.3	Tensions identitaires prioritaires et leur-s impact-s	318
12.1.4	Reconnaissance et enjeux sur la poursuite du projet professionnel	320
12.2	Une première base de sécurité à développer et approfondir, tout en se préservant	322
12.2.1	Rejouer sa place dans le groupe en se différenciant	323
12.2.2	Tensions identitaires émergeant de la relation aux patients.....	324
12.2.3	Reconnaissance réciproque et évolution de la place dans l'équipe	325
12.3	Confort et plaisir au travail : projet initial, projet-s futur-s, nouvelle mise en perspective	327
12.3.1	Des NP tournées vers le futur, avec de nouveaux projets en perspective...	327
12.3.2	Evaluation de la fin d'année	329
12.4	Spécificités de la construction identitaire des NP	329
13.	Recommandations pour la formation et les milieux qui accueillent de nouvelles professionnelles infirmières.....	331
13.1	Changements dans la formation et le système de santé depuis 2012.....	331
13.1.1	Changements dans la formation.....	331
13.1.2	Changements dans le système de santé.....	332
13.2	Une formation qui réponde aux besoins actuels et prépare aux défis du futur	333
13.2.1	Développement du raisonnement et du jugement clinique	334
13.2.2	Développement de savoir-faire et savoir-être à travers la simulation... ..	340
13.2.3	Travail en collaboration : connaissances et préparation	346
13.3	Insertion des NP : soutenir la prise de poste en garantissant la sécurité.....	348
13.3.1	Besoins et soutien pour les premiers mois.....	349
13.3.2	Impacts des entretiens cliniques sur la transition.....	351
13.3.3	Proposition pour les institutions.....	353
13.4	Préparer les étudiantes à la transition.....	355
	Bibliographie	359
	Annexes 1-6	373

Introduction

Débuter dans la vie professionnelle est en soi une période critique, alors qu'en est-il lorsque des professionnelles débutantes arrivent sur le marché de l'emploi avec en plus un nouveau titre, un nouveau profil ? Comment ces infirmières¹ HES² généralistes vivent-elles leur intégration au sein de leur service respectif ? Comment passent-elles du statut de stagiaire à celui d'infirmière diplômée, assumant pleinement leur rôle au quotidien ? Quels sont les événements qui vont marquer leur évolution professionnelle et leur construction identitaire ? Cette recherche tente de répondre à ces différentes questions par une démarche clinique, d'orientation psychosociologique, qui suit le parcours de sept nouvelles professionnelles (NP) durant leur première année de travail, quel que soit leur lieu d'exercice.

Différents termes sont utilisés pour parler de l'entrée dans la vie professionnelle. Nous nous sommes déterminée pour celui d'insertion professionnelle. Dans les sciences du management, l'insertion professionnelle fait référence tant à la manière dont le nouveau collaborateur s'approprie son poste qu'à l'accompagnement que lui offre ses collègues et ses supérieurs pour le rendre compétent le plus rapidement possible (Lacaze, 2007). Dans le domaine de l'enseignement, la conception de l'insertion professionnelle a été élargie et c'est à elle que nous nous référerons :

[Son] enjeu prend la forme d'une tension entre la professionnalisation, souvent associée aux possibilités de développement des forces créatrices et réflexives, et la socialisation que l'on relie davantage aux forces d'adaptation. Il s'agit donc d'un équilibre à obtenir et à maintenir entre différents pôles à l'intérieur de la personne. (Hétu, Lavoie & Baillauquès, 1999, p.20)

Il s'agit donc pour la nouvelle professionnelle de s'intégrer dans un collectif de travail, d'adhérer à une culture, à des valeurs et à des pratiques communes et, simultanément, de poursuivre le développement de ses compétences et de son autonomie professionnelle, en interaction avec son groupe d'appartenance, en construisant son identité professionnelle. Nous pouvons donc d'emblée percevoir des zones de tensions issues des contradictions probables entre demande de conformité et désir de singularisation, entre les normes et les prescriptions et l'originalité et la créativité nécessaire à la réalisation effective de l'activité professionnelle.

Résumé de la démarche poursuivie

L'insertion est un processus qui s'inscrit dans la durée, dans un contexte et dans un collectif. Depuis 2002, les infirmières romandes sont formées au niveau tertiaire HES. Les premières diplômées sont arrivées sur le marché du travail en 2006, porteuses d'un nouveau titre, représentant un nouveau profil. Afin d'étudier la manière dont des NP de

¹ La profession infirmière étant largement féminine, le féminin sera utilisé par convention et à comprendre pour les deux genres, également pour les termes d'étudiante, d'apprenante, de praticienne formatrice et de professeure.

² Haute Ecole Spécialisée

la Haute Ecole de Santé de Fribourg (HEdS-FR) se sont insérées, nous avons réalisé des entretiens cliniques chaque 8 semaines durant toute la première année de travail. Le fil rouge en était : les premières fois, les moments où elles se sentaient diplômées, les moments où elles ne se sentaient pas diplômées. Ces entretiens étaient peu directifs et permettaient la reprise d'éléments et d'interprétation au fur et à mesure de l'année afin de mettre en évidence l'évolution et ses tendances tout au long du processus. Trois premières NP ont été rencontrées entre 2007 et 2009, et sept entre 2008 et 2010. Chacune était volontaire et a été rencontrée cinq fois individuellement et une fois lors d'un entretien collectif à trois ou quatre.

Un premier temps d'analyse, d'élaboration d'hypothèses et d'interprétation a eu lieu tout au long de la récolte de données, selon le principe de la *grounded theory* de Glaser et Strauss (2010). Les données empiriques ont par la suite été travaillées et analysées à travers plusieurs étapes. La première a consisté à créer des récits individuels retraçant le parcours de chacune des sept NP de 2008 au travers des événements qu'elles ont rapportés. L'interprétation y était faible, il s'agissait surtout de relier les éléments dans le temps et dans une chronologie. Cet exercice a fait émerger l'importance du développement de l'identité et de sa trajectoire à travers les expériences réalisées, les activités et les différentes interactions. Chaque récit a donc été analysé en référence à la théorie de l'identité et en particulier des dynamiques identitaires de Kaddouri (2006). Par la suite, en croisant les données des parcours singuliers, nous avons mis en évidence des événements significatifs de l'insertion, soit parce qu'ils les concernaient toutes, soit parce qu'ils méritaient une attention particulière par les remises en question et les risques qu'ils représentaient même si seules trois ou quatre NP étaient concernées. Parmi tous les événements déterminés, nous avons choisi de nous centrer exclusivement sur ceux où les interactions avec leurs collègues étaient très présentes. Il s'agit de : « travailler seule en responsabilité pour la première fois » ; « de l'autre côté du miroir : hier stagiaire, et soudainement personne de référence » ; « les erreurs » ; « les conflits au sein de l'équipe de soins » ; « les conflits NP et médecins ».

Présentation des différentes parties de la thèse

La thèse se divise en trois parties. La partie I présente dans le chapitre 1, le contexte d'émergence du questionnement ainsi que l'évolution dans l'élaboration de la question de recherche. Comme il s'agit d'une démarche clinique, celle-ci se réfère au début surtout à un phénomène, celui de l'insertion, et s'est précisée au fur et à mesure de la récolte de données et de l'élaboration des récits. L'approche clinique, ses caractéristiques et les particularités de la posture de la chercheuse sont également définies. La démarche méthodologique est explicitée dans le chapitre 2. L'identité et les dynamiques identitaires, concepts théoriques transversaux pour l'analyse du matériau empirique, sont développés au niveau théorique dans le chapitre 3. Nous terminons la première partie par une présentation succincte des parcours singuliers des sept NP dans le chapitre 4.

La partie II est centrée sur les événements et leur analyse. Elle débute par une présentation théorique du concept d'événement dans le chapitre 5. Les chapitres 6 et 7 concernent

« Travailler seule en responsabilité pour la première fois » et « de l'autre côté du miroir : hier stagiaire et aujourd'hui personne de référence des stagiaires ». Le chapitre 8 s'intéresse aux « erreurs ». En plus de la référence à l'identité, nous les analysons en regard du concept de la Sécurité Psychologique au Travail (SPT – *team psychological safety*) d'Edmondson (1999) et de la théorie de l'erreur humaine de Reason (1990/2013). Nous finissons cette deuxième partie par deux chapitres consacrés aux conflits et aux dissensions. Le chapitre 9 se centre sur les tensions interpersonnelles au sein de l'équipe de soins (entre infirmières et professionnelles qui leur sont déléguées). Le chapitre 10 analyse les conflits entre les NP et les médecins. Pour traiter de cette thématique, nous nous référerons à la SPT et, également, à la théorie des communautés de pratique de Wenger (1998/2009).

Nous terminons cette thèse sur une partie III de synthèse et perspectives. Dans le chapitre 11, nous réalisons une synthèse des cinq événements analysés, et nous les articulons entre eux et avec les différents cadres théoriques utilisés. Dans le chapitre 12, nous mettons en évidence les tendances des différentes dynamiques identitaires des NP, entre ressemblance et dissemblance. Nous concluons cette recherche, dans le chapitre 13, par des recommandations pour la formation et les milieux qui accueillent des NP afin de faciliter la transition et l'entrée dans le monde du travail.

PARTIE I : Développement de la question de recherche et démarche méthodologique

1. Contexte et élaboration de la question de recherche

1.1 Contexte de la recherche

1.1.1 Evolution de la formation des infirmières

En moins de 20 ans, la formation et la profession d'infirmière en Suisse ont subi des modifications majeures. De 1966 à 1997, trois diplômes de soins infirmiers spécialisés en fonction des domaines médicaux (soins généraux en médecine et chirurgie, psychiatrie, hygiène maternelle et pédiatrie) étaient décernés. Au début des années 1990, la Croix-Rouge Suisse, mandatée par la Confédération, décide d'aller vers un profil d'infirmière généraliste. Il s'agit de revaloriser les soins infirmiers dits autonomes en les plaçant au cœur de la formation, en en faisant le noyau dur transférable dans les différents contextes de travail (SFP/CRS, 1995). Il s'agissait également d'intégrer à la formation les enseignements tirés de l'analyse de l'évolution démographique et des tendances du marché. Ceci a conduit à l'apparition des infirmières Niveau II dont les diplômées sont arrivées sur les terrains de 1998 à 2005. Leur formation durait 4 ans, contre 3 ans auparavant. La formation a quitté la logique de l'apprentissage pour devenir professionnalisante. Même si la Suisse romande exigeait déjà un secondaire supérieur terminé pour entrer en formation, seuls Fribourg et le Tessin la reconnaissaient au niveau tertiaire.

2002 voit le début de la formation des infirmières HES, clairement de niveau tertiaire, sous l'égide de l'Office Fédérale de la Formation professionnelle et de la Technologie (OFFT). Les alémaniques prennent l'option de placer la formation initiale au niveau Ecole Supérieure (ES) et de garder le niveau HES pour un 10% de futures cadres, tandis que la Suisse romande décide que les infirmières « de base » répondront aux exigences de Bologne et obtiendront un titre de Bachelor en soins infirmiers avec la possibilité par la suite de faire un Master ou un Doctorat dans le domaine des sciences infirmières. En lien avec ce changement, d'importantes modifications ont été amenées au curriculum d'études et à la définition du profil infirmier. L'infirmière Bachelor devient ainsi une généraliste, réflexive, habilitée à prendre en charge, avec l'aide de personnel moins qualifié et en interdisciplinarité, des situations de soins complexes, aiguës, dans des milieux aussi différents que la gériatrie, les soins à domicile, la psychiatrie, la pédiatrie ou la médecine-chirurgie. Elle travaille avec des données probantes et différents cadres de référence en sciences infirmières pour affiner son jugement clinique, définir ses actions et se positionner (CDS, mai 2004; Com-Ruelle, Midy & Ulmann, 2000; Spitzer, Kuhne, Perrenoud, Camus & FORESO, 2008; Weyermann, 2007). Ce programme, centré sur un référentiel de compétences, se veut résolument professionnalisant, c'est-à-dire qu'il vise à « former des experts qui, nantis d'objectifs et d'une éthique, sauront ce qu'il faut faire, sans être étroitement tenu par des règles, des directives, des modèles, des théories » (Perrenoud, 2001a, p.7). L'académisation de la formation ainsi que la préparation à être généraliste ont également influencé la formation pratique. Elle en représentait naguère 45 %, les stages se déroulaient dans des services relativement semblables (formation spécialisée). Aujourd'hui, au niveau HES, ils représentent 33 % et les étudiantes vont

aujourd'hui dans des lieux très différents, tant au niveau de la spécialité médicale que du mode organisationnel et structurel.

Programme de la formation à la HEdS

Le programme de la Haute Ecole de Santé de Fribourg a été construit sur le principe d'une véritable alternance intégrative visant à une articulation constante entre théorie et pratique, impliquant les acteurs des différents lieux en complémentarité et en synergie. Il se structure en 14 modules théoriques travaillés à l'aide de situations emblématiques (cf. Annexe 1). La détermination de ces situations s'est réalisée dans un partenariat entre des professeures de la HES et des professionnelles des différents domaines et différentes structures où travaillent des infirmières. Les modules eux-mêmes ont été construits par des experts de la thématique de l'école et du terrain. Les didactiques sont variées (cours ex cathedra, analyse de situation, apprentissage par problème, travail individuel et collectif, etc.). Des ateliers pratiques permettent d'apprendre et d'exercer les techniques de soins les plus fréquentes, de développer des compétences relationnelles, etc. Un certain nombre de critères ont été définis afin que les étudiantes réalisent des stages dans des secteurs variés ce qui leur permet de construire une pratique de généraliste. Toutes doivent passer au moins une fois en médecine ou chirurgie, une fois auprès de la personne âgée, une fois en psychiatrie et une fois dans le secteur extrahospitalier. L'instauration d'analyses de pratiques régulières en petits groupes (deux par stage), accompagnés par une professeure et une praticienne du terrain fait également partie de ce dispositif depuis 2004.

Jusqu'à ce que le programme HES débute, les étudiantes étaient accompagnées durant leur stage par l'équipe de soins et une professeure de l'école allait réaliser des « enseignements cliniques » plusieurs fois par stage. Les formes de cette activité pouvaient varier (analyse de situation de patient, travail au lit du patient et exploitation, etc.). L'articulation théorie-pratique y était centrale. Ces moments favorisaient aussi la collaboration et les synergies entre école et terrain. Avec l'arrivée des HES, cette fonction assumée par l'école a été attribuée aux terrains de la formation pratique et a conduit à l'apparition d'un nouveau type de professionnelles : les praticiennes formatrices (PF). Ce sont des infirmières expérimentées au bénéfice d'un Certificat of Advanced Studies (CAS) qui leur apprend à encadrer les étudiants sur le terrain, à travailler la réflexivité, etc. Il a toutefois fallu un certain nombre d'années pour former suffisamment de PF et, pour les premières promotions HES, les étudiantes étaient encore parfois accompagnées par des professeures de l'école, ce qui s'avéra intéressant durant cette phase de transition pour permettre d'explicitier les différents changements en cours.

La formation HES, d'une durée de quatre ans pour les trois premières promotions dont sont issues les NP de cette recherche, devint un Bachelor en 3 ans dès 2005. Les candidates qui proviennent essentiellement de la filière académique ont à réaliser une année préparatoire gérée par la Haute Ecole de Santé avant d'y entrer afin d'acquérir des bases de connaissances professionnelles et de découvrir le monde du travail. Celle-ci correspond à l'ancienne première année. Fondamentalement, le programme est donc de 4

ans, sauf pour les détentrices d'un CFC du domaine de la santé (Assistentes en Soins et Santé Communautaire (ASSC), assistante en pharmacie, assistante médicale, etc.) avec maturité professionnelle qui ont un accès direct au Bachelor.

Ces différents changements au niveau de la formation des infirmières se sont de plus répercutés en cascade sur les métiers délégués dont certains ont vu leur titre, voire leur fonction, disparaître, d'autres sont apparus, générant de l'insécurité à tous les niveaux, y compris pour les institutions de soins qui avait à composer avec une grande variété de titres et de compétences différentes. A l'heure actuelle, il peut y avoir jusqu'à sept titres différents au sein d'une équipe intradisciplinaire.

1.1.2 Evolution du monde de la santé

Parallèlement aux transformations de la formation, de profondes mutations ont touché le domaine de la santé. De fait, l'augmentation des coûts de la santé³, le vieillissement de la population⁴, la croissance démographique⁵, l'augmentation des maladies chroniques⁶, la complexité grandissante des situations de soins, le développement de la recherche et des nouvelles technologies ont induit des restructurations des réseaux, des institutions et une redéfinition des rôles des différents professionnels de la santé. Une partie des soins hospitaliers a été transférée vers le secteur ambulatoire. Les mots rentabilité et efficience sont devenus des leitmotivs dans la bouche des politiques et des cadres de santé alors que le problème de la pénurie de médecins et d'infirmières est toujours plus aigu (OCDE/OMS, 2006). Selon l'Obsan, en Suisse, 120'000 à 190'000 personnels de santé qualifiés (médecins, pharmaciens, infirmières, physiothérapeutes, etc.) seront à recruter d'ici 2030 pour répondre aux nouveaux défis sociosanitaires et compenser les départs à la retraite du personnel en place (H. Jaccard Ruedin & Weaver, 2009). Dans ce nouveau contexte, la durée des séjours hospitaliers a fortement diminué, l'activité hospitalière s'est accélérée, densifiée, complexifiée et spécialisée. Le patient est là pour une courte période et dans une phase aiguë ; il est souvent âgé avec de multiples pathologies alliant problèmes somatiques, psychiques et sociaux. Le raccourcissement des hospitalisations a conduit au développement de structures intermédiaires (Centre de Réadaptation et de Traitement (CTR), hôpital de jour, centre d'accueil, etc.) et des soins à domicile. De nombreux professionnels se relaient auprès du patient : les membres de l'équipe intradisciplinaire, ceux de l'équipe pluridisciplinaire sans oublier les membres des réseaux⁷. Pour pouvoir assurer des soins de qualité, une coordination importante est nécessaire et dans un monde qui change constamment, il n'est pas évident de connaître

³ En 1960, les dépenses de santé représentaient 5% du PIB, en 2000 10% et en 2012, 10.9% (OFS)

⁴ En 1990, l'espérance de vie des hommes était de 74 ans et celle des femmes de 80.8 ans. En 2013, elle est de 80.5 ans pour les hommes et 84.8 ans pour les femmes) (OFS)

⁵ En 1980, la population suisse comptait 6,3 millions habitants et en 2013, 8.1 millions (OFS)

⁶ Types de maladies chroniques par ordre de fréquence : arthrose, rhumatisme, dépression, maladies cardiaques, diabète, ostéoporose, cancer, maladies pulmonaires chroniques, AVC, Alzheimer, démence, Parkinson (Moreau-Gruet,2013).

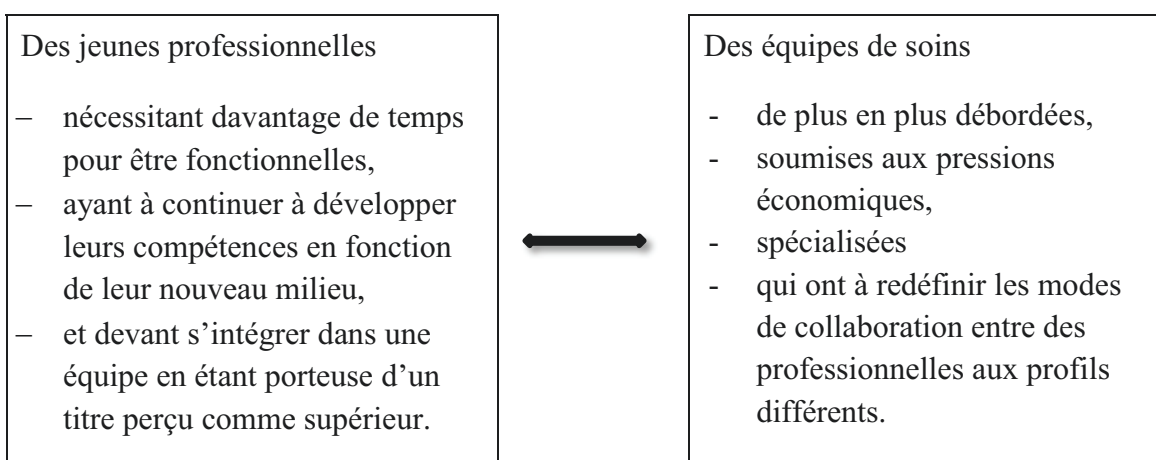
⁷ Soins à domicile, ligues contre le cancer, contre le diabète, proches-aidants, bénévoles, etc.

les compétences de chacun, ce d'autant plus pour les nouveaux professionnels (H. Jaccard Ruedin & Weaver, 2009; H. Jaccard Ruedin, Weaver, Roth & Widmer, 2009).

Avec l'accent mis sur la rentabilité et la productivité, une opérationnalité rapide est demandée aux NP, le savoir-faire est une valeur prioritaire (Lanza *et al.*, 2001). Les attentes par rapport à elles sont demeurées les mêmes qu'avec les formations précédentes, voire ont augmenté. Même si les dotations en personnel se maintiennent, on observe un accroissement de la charge et du rythme de travail. A l'arrivée des premières diplômées Bachelor sur les terrains en 2006, le nouveau profil professionnel suscite quelques critiques, et, certains cadres déplorent leurs difficultés à assurer la gestion de leurs 4, voire 6-10 patients selon l'horaire, leur manque d'aisance dans certains gestes techniques et leur méconnaissance des médicaments classiques de leur service. A noter qu'un discours similaire avait été entendu huit ans plus tôt lorsque les premières infirmières Niveau II sont arrivées. Toutefois, il est vrai que la formation, et en particulier le parcours de stage généraliste donc très diversifié, favorise le développement de compétences plutôt générales et transversales, et répond moins directement aux attentes de services spécifiques.

Ces NP portent également un nouveau titre, de niveau tertiaire, alors que celui des infirmières du terrain est de secondaire II, donc perçu comme « supérieur ». Avant leur début, des questions furent posées par les anciennes quant au salaire que ces nouvelles venues allaient recevoir : serait-il supérieur au leur, alors que leur cahier des charges serait le même ? Derrière cette interrogation se cachait de l'inquiétude face au changement, la peur d'être déclassée et le souci que l'expérience acquise ne soit pas reconnue. Fréquemment présente sur le terrain, notre sentiment à cette époque était que les changements étaient surtout vus par les infirmières comme des « problèmes de formation » et moins comme un changement du profil professionnel. De ce fait, peu de chose avait été mis en place au début de cette recherche, pour offrir des conditions d'introduction et d'encadrement prenant en compte ces spécificités.

Tous les éléments exposés ci-dessus laissent présager des débuts difficiles :



De prime abord, la situation semble plutôt défavorable, toutefois l'insertion va également se jouer sur les caractéristiques de chaque NP, celles de l'équipe et la manière dont les interactions vont se construire dans la pratique au quotidien. Le début de la vie professionnelle représente un enjeu important pour la satisfaction au travail et pour assurer la rétention des infirmières dans la profession (Scott, Keehner Engelke & Swanson, 2008). Dans le contexte de pénurie actuelle et future, il s'agit donc d'une question particulièrement importante : si former davantage est une des stratégies pour résoudre ce problème, accroître la durée d'exercice l'est également. Comprendre les facteurs qui conduisent à la situation actuelle permet d'anticiper les obstacles que vont rencontrer les nouvelles professionnelles et d'imaginer des stratégies tant au niveau professionnel que politique.

1.2 Insertion professionnelle des infirmières : état de la question

1.2.1 Pénurie, conditions de travail et rétention des infirmières

La problématique de l'intégration et de la rétention des jeunes diplômées infirmière n'est pas l'apanage de la Suisse. Des difficultés croissantes sont signalées dans de nombreux autres pays (Buchan & Aiken, 2008 ; ICN, 2003 ; WHO, 2006). En France, la fonction publique hospitalière perdra plus de la moitié de ses infirmiers d'ici à 2015, du fait des départs à la retraite (CES, 2004). Selon un rapport du Bureau of Labor Statistics, les USA auront, eux, besoin de plus d'un million d'infirmières dans les dix ans à venir afin d'assurer la demande de la population américaine (Hecker, 2005). En Suisse, en 2014, près de 80'000 infirmières et infirmiers travaillent dans les soins et selon Véronique Ador, directrice de la recherche sur les « nurse at work »⁸, il en manquera 20 à 30 % dans les 5 ans à venir, les 2500 diplômées formées chaque année ne couvrant que la moitié des besoins recensés. Si le recrutement dans d'autres pays, notamment les pays frontaliers semble une solution logique, elle n'est pas non plus une panacée puisqu'elle soulève un véritable problème éthique, les pays les plus pauvres se trouvant privés de ressources médicales et paramédicales⁹ (HOPE, 2004 ; CII, 2006, p.33). Au niveau de l'OCDE, la Suisse se trouve au-dessus de la moyenne avec ses 30 % de personnel étranger recrutés.

En ce qui concernent les causes de la pénurie infirmière, les auteurs s'accordent à dire qu'elles sont en lien avec la pénurie elle-même, la densité et la rapidité des activités à assurer, les changements continuels, l'épuisement professionnel, les salaires jugés insuffisants, la gestion inadéquate des compétences, l'absence de perspectives de carrière, le manque de reconnaissance professionnelle et l'autonomie professionnelle limitée

⁸ La Haute Ecole de santé de Genève (HEdS) lance une recherche scientifique (FNS + partenaires) intitulé n@w (nurses@work), 2012-2015 afin de fournir des données représentatives de toute la profession infirmière – y compris hors du milieu hospitalier - telles que le nombre d'années d'exercice du métier, les moments-clé de changement de secteur ou d'abandon des soins, les motivations qui y sont liées, afin d'identifier des solutions durables à la pénurie infirmière, basées sur des preuves scientifiques et sur l'avis des infirmières elles-mêmes. <http://www.nurses-at-work.com/fr>

⁹ OMS (2010) Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, Assemblée mondiale de la santé. Lien: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf

(Buchan & Aiken, 2008; Cummings & Estabrooks, 2003; Estry-Behar, 2008; Global Advisory Group on Nursing and Midwifery & WHO, 2001). LeVasseur, Wang, Mathews et Boland (2009), Allain (2008), Ollivier et Tanguy (2011) parlent de stress intense, de charge de travail excessive, de réduction de la qualité des soins, d'idéal professionnel endommagé, de non-implication dans les prises de décisions, d'avoir des horaires irréguliers, de devoir faire des services de nuit et des week-end, ces derniers éléments permettant difficilement de concilier vie professionnelle et vie privée.

En Suisse, même si la pénurie est réelle et si les conditions de travail se durcissent, le ratio infirmière – médecins pour 1000 habitants demeure parmi le plus élevé d'Europe. Toutefois, Pierre-André Wagner, responsable du service juridique de l'ASI, souligne, en 2007, que le milieu des soins a tendance à se détériorer car l'idéologie néolibérale s'affranchit des contrôles de l'Etat et les mécanismes du « libre » marché livrent le personnel aux lois du primat économique, faisant apparaître, dans les hôpitaux et les institutions sanitaires, des services de piquet, le travail sur appel, « l'hostilité croissante envers le temps partiel » et certains contrats ne mentionnant plus de taux d'occupation fixe mais un horaire de travail variable en fonction du volume de travail.

Concernant la durée de vie professionnelle d'une infirmière, elle est de 15 ans en moyenne en Suisse (ASI, 2011) alors qu'elle est de 35 ans en France. Adrien Bron (2012), directeur général de la Santé de Genève dit que le plus grand défi pour les politiques, est de garder les infirmières en activité puisqu'elles « finissent leurs études vers 25 ans environ, ont des enfants à 30, puis quittent leur travail » (Tribune de Genève, 27.9.2012). Une recherche de Schubert, Schaffert-Witvliet, Suter-Hofmann et De Geest (2004) met également en évidence que 26% des 2052 soignantes de niveau I et II interviewées dans 8 hôpitaux suisses, sont insatisfaites de leur place de travail et envisagent de changer de poste dans l'année en cours. En Scandinavie, il apparaît que les nouvelles diplômées semblent les plus promptes à quitter la profession (Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn & Salanterä, 2008), souvent après moins d'un an. Au Canada, elles sont 20% à quitter la profession dans les trois premières années de carrière, et 53% aux USA après seulement un an d'activité (Bournes & Ferguson-Pare, 2007).

Par rapport à ces départs prématurés, le climat organisationnel semble être un facteur-clé (Duncan, 1997). De fait, les travaux de recherche internationaux ont démontré la relation entre un environnement de travail peu favorable, caractérisé par un ratio patient/infirmière élevé et un manque de soutien organisationnel et managérial, et un épuisement professionnel, une faible satisfaction au travail, une rotation du personnel élevée et une réduction de la qualité des soins (Estry-Behar, Négri & Le Nézet, 2007). Les éléments de la qualité de vie et de santé au travail sont clairement identifiés par la recherche comme des facteurs importants de recrutement et de rétention des infirmières (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002; Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008). Les questions de travail en équipe, d'entraide, de collégialité, de soutien et de respect apparaissent comme des éléments prépondérants de la qualité de vie et de santé au travail. Une faible satisfaction au travail est associée à une intention prononcée de quitter la profession (Cowin & Hengstberger-Sims, 2006; Duffield & O'Brien-Pallas, 2003).

1.2.2 Insertion professionnelle

En parallèle aux questions de pénurie et de rétention de personnel, plusieurs chercheurs se sont intéressés au processus même de l'insertion, aux défis et difficultés qu'il représente et à l'impact qu'il peut avoir sur l'intégration et la carrière des NP. Ces recherches sont pour la plupart anglo-saxonnes, se référant à des formations différentes - même si la tendance est à une formation tertiaire professionnalisante dans tout le monde occidental - et aussi à un cahier des charges variable. D'autre part, les programmes d'aide à l'intégration sont réalisés majoritairement dans de grands centres hospitaliers, le plus souvent de soins somatiques aigus (médecine et chirurgie). Les NP sortant des écoles romandes choisissent pour la plupart de travailler également dans ce milieu (Berberat, Akkari & Changkakoti, 2007; Monnier & Cambra Duval, 2004), mais dans des institutions de tailles très diverses où les programmes structurés d'aide à l'insertion existent peu formellement. Les données qui suivent sont donc à contextualiser pour ne pas perdre en pertinence. En ce qui concerne les recherches suisses citées, toutes s'intéressaient aux infirmières Niveau II.

Difficultés liées à l'insertion

Kramer (1974) a mis en évidence un écart entre la culture de la formation et celle de la pratique professionnelle aux USA, et a introduit la notion de « choc de la réalité » pour caractériser le conflit ressenti par les infirmières nouvelles diplômées dans leurs premières semaines/mois d'activités, lorsque leurs attentes et leur idéal ne correspondent pas à la réalité rencontrée dans leur activité professionnelle. La transition entre la formation et l'emploi représente un défi pour les infirmières en termes de valeurs et de compétences (Daehlen, 2008; Lanza *et al.*, 2001). Un décalage se situerait d'une part, entre le modèle professionnel enseigné dans le milieu de la formation, modèle qui vise des soins individualisés, et la conception plus instrumentale de l'activité infirmière, concevant une organisation des soins orientée sur l'opérationnalité et l'efficacité.

Concernant leur niveau de compétences, les jeunes diplômées avouent ne pas se sentir forcément à l'aise ni très bien préparées en regard des responsabilités et de la charge de travail à assumer (Mooney, 2007a; Newton & McKenna, 2007; Ross & Clifford, 2002). Elles disent manquer d'assurance au niveau des compétences cliniques (jugement clinique, savoirs incomplets, trop de données nouvelles à maîtriser), des compétences techniques et des compétences organisationnelles (planification des soins, gestion d'un groupe de patients avec du personnel moins qualifié, collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, encadrement des personnes en formation). Le décalage porte aussi sur le niveau de compétence (savoir-faire) atteinte à l'obtention du diplôme et celui attendu par les pairs et les employeurs. Ce phénomène induirait beaucoup de stress et d'insatisfaction chez les infirmières novices, ainsi qu'une perte d'idéal professionnel et un faible sentiment d'efficacité dans les soins prodigués, en particulier lorsque ces infirmières ne bénéficient pas d'un soutien formel et d'une modélisation positive durant leur insertion dans la profession (Bandura, 1997/2007; Kramer, 1974).

Ressources des NP face à l'insertion

Les NP ne sont pas que démunies face au monde du travail. Elles sont, de leur point de vue et de celui des employeurs, motivées et enthousiastes, et font preuve de professionnalisme. Les études suisses relèvent que les NP possèdent de très bonnes compétences relationnelles, ont de bonnes capacités d'analyse pour prendre une décision clinique. Elles prennent leur responsabilité : certes, elles en ont peur, mais elles les assument (Berberat *et al.*, 2007; Monnier & Cambra Duval, 2004).

La majorité des NP suisses choisissent leur lieu de travail. Leur choix est motivé par le fait d'avoir déjà fait un stage dans une institution, le désir de développer des compétences spécifiques, ou considèrent ce premier poste comme une étape dans leur carrière professionnelle. Choisir le domaine somatique aigu comme premier poste est lié à une perception répandue que la maîtrise de ces savoirs et savoir-faire spécifiques sont une base nécessaire à la poursuite de la vie professionnelle en général, quel que soit le domaine de travail (Gallant, Robinson, Absi, Moro & Brioschi Levi, 2005; Lanza *et al.*, 2001; Monnier & Cambra Duval, 2004; Ulrich, 2003). Berberat (2007) relève que la majorité des NP sont restées insérées dans la région où elles ont fait leurs études : il est donc essentiel de garder ces forces vives, là et en activité.

Le soutien obtenu est un élément significatif de la satisfaction au travail (Newhouse, 2007). Il peut prendre des formes très diverses, et est apprécié dans la majorité des cas. La ressource prioritaire est, sans conteste, l'équipe de soins, les collègues directes de travail. Les médecins et les cadres hospitaliers ne sont pas perçus comme des égaux, les NP ne les utilisent donc que peu. Les patients, leur soutien et leur gratitude, représentent aussi une ressource importante, surtout dans le premier poste. Globalement, NP et employeurs s'accordent à dire que, dans la grande majorité des cas, l'intégration se passe bien, ce qui peut paraître surprenant quand on note le nombre d'obstacles à surmonter.

En Suisse comme ailleurs, il est attendu que les NP soient capables de pratiquer de façon sûre et compétente, ce dès l'obtention du diplôme. Pourtant, de nombreuses études démontrent que la première année comme infirmière diplômée est vécue comme une période de croissance et de développement professionnels. Elles suggèrent qu'il est irréaliste d'attendre des infirmières débutantes qu'elles aient les compétences pour pratiquer de façon autonome et sans supervision (T. Clark & Holmes, 2007; Newton & McKenna, 2007; O'Shea & Kelly, 2007; Wangensteen, Johansson & Nordstrom, 2008). Benner (1995) rappelle que l'infirmière novice¹⁰ est limitée par le nombre restreint de ses expériences et de ses compétences; elle fonctionne dans un registre avec des capacités restreintes et son jugement clinique est souvent analytique et laborieux. Elle offre également des soins moins sécuritaires que l'infirmière plus expérimentée. En général, les infirmières nouvellement diplômées considèrent qu'elles deviennent efficaces et confiantes dans leur nouveau rôle après six mois d'insertion professionnelle (T. Clark & Holmes, 2007; Gerrish, 2000; Maben & Macleod Clark, 1998). La littérature parcourue met en évidence un besoin de soutien formel et structuré de la nouvelle diplômée durant

¹⁰ Benner 1995 Novice, Débutant (1an), Compétent (2-3ans), Performant (3-5ans), Expert (plus que 5 ans)

les premiers mois d'insertion professionnelle (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2002; Mooney, 2007b; Wangenstein *et al.*, 2008) non seulement pour lui permettre de développer un sentiment d'efficacité et les compétences professionnelles, mais également pour assurer la sécurité des soins.

1.2.3 Soutien à l'insertion

Plus une structure est grande et a un roulement de personnel important, plus il existe de programmes d'aide à l'intégration. Les buts généraux poursuivis visent une diminution du temps d'intégration et une formation adéquate au lieu de pratique spécifique pour diminuer le risque d'erreurs, et accroître la rétention du personnel. Parmi les offres décrites, certains programmes s'appuient exclusivement sur l'une d'entre elles, d'autres les cumulent. Ils ne s'adressent pas exclusivement aux NP, mais elles en sont les bénéficiaires prioritaires.

De manière usuelle, le contrat débute par une ou des journées d'introduction qui visent à donner les informations générales utiles au travail dans ce lieu spécifique. Les NP déclarent trouver ces temps assez ennuyeux, centrés sur les intérêts de l'institution. Leur attente est plutôt d'être rapidement dans leur nouvelle équipe et de commencer à se mettre en activité (Ulrich, 2003). Une autre offre presque systématique consiste en du doublage où la NP travaille en duo avec une infirmière plus expérimentée. La durée, le nombre de personnes qui encadrent ainsi que leurs compétences sont très variables.

De façon moins fréquente, des programmes de préceptorat et de mentorat sont élaborés (O'Malley Floyd, Kretschmann & Young, 2005; Smith, 2007; Ulrich, 2003). Il s'agit pour le mentorat d'un accompagnement de proximité entre une infirmière expérimentée du service et une NP. Le préceptorat est plus formalisé, assuré par des personnes possédant des compétences pédagogiques et réflexives sur leur propre pratique et nécessite un engagement plus fort de l'institution dans sa réalisation (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2002; Smith, 2007). Des séminaires avec un programme préétabli à partir des obstacles connus sont proposés. Ils permettent l'acquisition de connaissances et surtout le travail sur les liens théorie-pratique (Gallant *et al.*, 2005). Le partage entre groupe de pairs se révèle utile principalement en diminuant le sentiment de solitude face aux difficultés rencontrées (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2002).

Finalement, tous ces programmes se fondent sur des attentes qui sont, selon les NP, souvent implicites, ce qui peut augmenter le niveau d'exigence que les NP ont vis-à-vis d'elles-mêmes. Dans certains lieux, le niveau d'attentes est très bas, les programmes d'encadrement y sont plutôt « serrés » : les NP doivent faire leurs preuves pour qu'on leur fasse confiance. Ceci induit des doutes sur les compétences et altèrent la confiance en soi (T. Clark & Holmes, 2007). Dans d'autres lieux, *a contrario*, le niveau d'attente est extrêmement élevé. Non seulement, il est attendu de la NP qu'elle maîtrise tout ce qui est du fonctionnement standard d'une infirmière, mais en plus, elles a à faire fonctionner la dynamique d'équipe, à gérer les conflits et à assurer de l'encadrement, ce qui est évidemment excessif et va mettre les NP en échec, d'autant plus qu'elles se sentent souvent tenues de s'en sortir seules puisque les attentes sont implicites (Mooney, 2007a). Les programmes de soutien ainsi que la manière dont ils sont réalisés sont importants.

Globalement, ils sont vécus positivement et accroissent le sentiment d'appartenance et la satisfaction au travail, ce qui peut diminuer le tournus du personnel.

De nombreuses recherches montrent aussi l'importance du soutien social dans le processus d'intégration. Valoriser les savoirs de la nouvelle diplômée, lui donner des retours constructifs, réguliers ; lui offrir un soutien lui permettant de faire des expériences positives, l'aider à composer avec son stress, l'initier à ce qu'elle n'a pas encore eu l'occasion d'apprendre dans sa formation de base, éviter les jugements et utiliser l'erreur comme source d'apprentissage sont des gestes d'une grande importance pour une NP. Le soutien social renforce son sentiment d'efficacité, permet son développement professionnel, et conforte son désir de rester dans l'équipe (Adlam, Dotchin & Hayward, 2009; Lanza *et al.*, 2001; Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008; Wangensteen *et al.*, 2008).

Questionnement initial

En résumé, dans un contexte de travail très exigeant, complexe, demandeur et source potentielle de stress pour une infirmière peu expérimentée, la transition entre formation et premier emploi représente un réel défi pour les nouvelles diplômées qui doivent apprendre à gérer les décalages entre idéal et réalité, entre compétences acquises et compétences requises, entre rythme étudiantin et horaires de travail, entre modèles professionnels enseignés (soins individualisés, globaux, relationnels) et conception plus instrumentale de la pratique (organisation des soins centrée sur l'opérationnalité et l'efficacité).

Nous nous interrogeons donc : Comment des infirmières HES nouvellement diplômées parviennent-elles dans ce contexte apparemment peu favorable à développer et à démontrer leurs compétences professionnelles, à s'intégrer dans une équipe soignante qui mélange les diplômés et les niveaux de formation et travaille en interdisciplinarité, ainsi qu'à se sentir reconnues comme des professionnelles compétentes ?

1.3 Les références par rapport à une approche du sujet et du travail

1.3.1 Une approche clinique d'orientation psychosociologique, et ses hypothèses sur la subjectivité et le social

Notre recherche s'inscrit dans une approche clinique, d'orientation psychosociologique, principalement pour ses hypothèses concernant l'articulation entre psychique et social. Cela nous a paru pertinent pour notre terrain de recherche. C'est bien une articulation entre un professionnel dans sa singularité et le groupe qui est prégnant. Le contexte institutionnel est à prendre en compte. Notre interprétation s'appuie sur les travaux de cette orientation, en évitant une unique centration sur le psychologique ou le sociologique.

Nous présentons rapidement ce domaine particulier de recherche et les points pertinents pour notre recherche. La psychosociologie est une discipline relativement jeune (depuis les années 1930), sans statut officiel ni formation instituée. Elle a été représentée au sein de l'université par des auteurs comme André Lévy (psychologie sociale), Jacqueline Barus-Michel (psychologie sociale), Florence Giust-Desprairies (psychologie sociale) et

Eugène Enriquez (sociologie). Un certain nombre de ces chercheurs se sont retrouvés au sein du CIRFIP (Centre International de Recherche, de Formation et d'Intervention en Psychosociologie), créé en 1993. Ils publient actuellement, autour des questions psychologiques, des numéros à thème dans le cadre de la Revue de Psychosociologie. Les psychosociologues sont issus de différentes disciplines (anthropologie, sociologie, psychanalyse, psychologie, psychologie sociale, etc.), mais ils se rejoignent par leur pôle d'intérêt et leurs recherches qui sont centrés sur les rapports individu/société, dans des situations où les dimensions psychiques et sociales sont étroitement intriquées. Il y a donc obligatoirement une visée d'interdisciplinarité. Barus-Michel, Enriquez et Lévy (2006) soulignent une convergence sur un certain nombre de positions essentielles qui sont les suivantes :

Une attention particulière aux rapports à autrui, respectant la singularité et la capacité d'évolution et d'apprentissage de chacun ; une conception du changement mettant l'accent sur les processus plus que sur les états ; une prise en compte de phénomènes affectifs et inconscients affectant les conduites et les représentations individuelles et collectives, et de l'implication des chercheurs et des intervenants dans les questions qu'ils étudient ou par rapport auxquelles ils interviennent ; des visées favorisant l'autonomie des personnes et leur participation effective à la vie de leurs organisations, ainsi qu'au traitement des problèmes que les concernent. (p.10)

Clinique et sujet

La clinique est une science du singulier, elle s'intéresse donc au *sujet* qu'il soit individuel ou collectif. « 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 rendre propre à soi) dans une singularité signifiante » (Ardoino et Barus-Michel, 2006, p.261). Il est habité par son inconscient qui lui échappe : il est donc en partie étranger à lui-même, ce qui peut mettre à mal la cohérence et la continuité de son histoire. Pour les conserver, il va refouler, dénier, retravailler les aspects disparates et hétéroclites de son histoire pour élaborer une cohérence suffisante, permettant une projection dans le futur et une relation de reconnaissance avec les autres. En ce sens, comme le dit Laplantine (2007), le sujet est une fiction.

Sujet et identité

L'*identité* apparaît comme une permanence du sujet mais c'est surtout une construction continue, un processus dynamique. Elle est un travail de liaison entre l'histoire personnelle, les attributs et productions du sujet et ses projets. Elle peut être vue comme une interface entre le psychologique et le social, à la fois construction subjective et inscription sociale (Bourgeois, 1999; Giust-Desprairies, 1999). Elle est négociation entre la réalité et l'idéal. En fonction des contextes dans lesquels évoluent le sujet, ses réponses identitaires sont différentes mais en aucun cas, elles ne se juxtaposent les unes à côté des autres. Elles s'intègrent « dans un tout structuré, plus ou moins cohérent et fonctionnel » (Lipiansky, Taboada-Leonetti & Vasquez, 1990, p.23). Donc plutôt que de parler d'une identité, linéaire, il faut parler de processus identitaires (De Gaulejac, 2006) que nous

développerons plus avant dans le chapitre 3. L'insertion professionnelle représente un moment clé dans l'histoire tant personnelle que professionnelle d'un sujet. L'adaptation aux changements multiples, dans les activités ainsi que dans les groupes d'appartenance, va faire émerger des concurrences ou des contradictions entre ses différents pôles d'investissement, ce qui va remettre en question une cohérence identitaire apparente (Giust-Desprairies, 1999). Un travail de liaison doit être repris en tenant compte des nouveaux éléments signifiants appartenant tant au sujet, qu'aux contextes dans lesquels il évolue et à ses projets.

Le sujet n'existe pas seul : s'il est parlant, désirant, il est aussi parlé et désiré. Sa quête de *reconnaissance* (par lui et par les autres) le place dans la relation aux autres. Il se construit donc dans la relation à l'autre (Chanlat, 1990; Clot, 2006a). Le groupe d'appartenance joue un rôle essentiel de contenant et d'étayage (Dejours, 1990; Giust-Desprairies, 1999), constitue un lieu intermédiaire entre la société et lui, et donc aussi un espace privilégié de construction identitaire par la confrontation à la similitude et à la différence des pratiques. Les processus d'identification vont y jouer un rôle important en permettant au sujet d'intégrer à son « moi » les contradictions et les exigences de son environnement pour parvenir à maintenir une cohérence. Le groupe n'est pas une juxtaposition d'individus, mais un collectif. Ce qui compte, ce n'est pas la co-présence, mais la coopération et le sentiment d'appartenance (Lhuilier, 2007). Une demande de conformisme est fréquente de la part du groupe (Molinier, 2008), cette insertion peut être rendue d'autant plus difficile pour les NP de cette recherche, porteuses d'un nouveau titre « non conforme ».

Nous retenons que le sujet construit son identité à travers ses interactions avec autrui, ses investissements dans ses groupes d'appartenances, et dans l'articulation qu'il réalise entre passé, présent et futur qui lui permette de trouver une cohérence identitaire. Le processus d'insertion remet en question tous ces éléments et représente donc un moment-clé de la construction identitaire personnelle et professionnelle par les déséquilibres et les ouvertures qu'il propose, et donc le nécessaire rééquilibrage qui va en résulter. De ce fait, nous avons opté d'analyser les données empiriques sous l'angle de l'identité et des dynamiques identitaires que nous développerons au chapitre 3.

Sujet et sens

L'attribut du sujet est sa *subjectivité* qui peut s'entendre comme « des états de conscience, un "vécu" où les affects et l'imaginaire sont largement prépondérants, aux dépens de l'objectivité » (Ardoino & Barus-Michel, 2006, p.260). La subjectivité est au cœur de la clinique, son but étant de permettre l'émergence du sens, en situation. Le *sens* « est, à un moment donné, éprouvé par un sujet individuel ou collectif comme la cohérence unifiante d'une situation » (Barus-Michel, 2006, p.319). Il donne le sentiment de garder la maîtrise de son histoire, de pouvoir s'orienter vers l'avenir et de poursuivre ses fins. Le travail de recherche de sens en situation est une reconstruction interprétative (Cifali & Giust-Desprairies, 2006). Il n'a pas pour but d'exposer des faits, ne tend pas à l'objectivité mais s'intéresse aux processus engagés qui font sens, aux enchaînements volontaires d'éléments signifiants pour le sujet qui lui permettent de sortir du chaos, de se dégager

des contradictions ressenties. Ces enchaînements sont tout à la fois logiques et sensibles. Même si du sens est déjà présent au moment de l'action, la clinique vise à rendre conscients les processus par lesquels sont produites ces significations.

La question du sens se pose particulièrement lorsque survient un *événement*. Ce qui fait événement est un excès de subjectivité qui défie les théories préétablies. C'est « un surgissement, un désordre entre le dedans et le dehors, une modification non prévisible non déterminable, mais dont on reconnaîtra, après coup, la probabilité qui l'a favorisée. Il marque une discontinuité qui atteint l'être en lui-même » (Giust-Desprairies, 2004, p.148). En cela, il est générateur de crise. Cette rupture de la cohérence unifiante est déstabilisante puisqu'elle induit une déconstruction des systèmes d'explication antérieurs, une réémergence de contenus qui avaient été refoulés et déniés, et donc pousse à rediscuter ce qui paraissait indiscutable. Les mécanismes de défenses utilisés précédemment deviennent inefficaces. Cependant, les émotions générées par l'événement sont également dynamogènes selon Vygotski et peuvent être à l'origine d'une demande de démarche compréhensive (Clot, 2006b). Un événement peut engendrer une situation de crise qui peut être autant souffrance qu'espérance en un changement, un dégagement de ce qui fait obstacle.

Nous avons retenu outre l'articulation entre psychique et social, l'entrée par les événements comme nous le justifierons encore au chapitre 5. La force d'ébranlement de l'événement apparaît comme particulièrement mobilisatrice pour le sujet qui voit ses repères identitaires remis en question. La quête de sens qui en découle l'amène à s'interroger sur l'expérience qu'il vit, ses choix, les liens qu'il entretient, etc. Une approche clinique s'avère particulièrement profitable pour soutenir ces processus de dégagement face à l'insécurité, la peur ou la souffrance.

1.3.2 Le travail, une approche clinique

Aujourd'hui dans l'approche du travail, un courant se dessine à côté de l'ergonomie que l'on peut nommer comme « clinique du travail ». Sous cette appellation, plusieurs courants sont représentés en France que nous allons rapidement esquisser, en gardant en perspective les éléments qui nous semblent pertinents pour notre propre terrain de recherche.

Une clinique du travail est par essence pluridisciplinaire, toutefois l'approche disciplinaire initiale et les orientations privilégiées par les chercheurs apportent une interprétation, des méthodes et des modes d'analyse différents. Historiquement, la clinique du travail est liée à la psychopathologie du travail et découle de certaines de ses impasses. La psychopathologie du travail, courant de la psychiatrie, a émergé dans les années 1950 et met l'accent sur le conflit entre l'organisation du travail et le fonctionnement psychique du travailleur. Elle postule que les contraintes de travail peuvent provoquer des affections psychopathologiques (Dejours, 1993). Le souci des chercheurs est « d'identifier des syndromes ou des maladies mentales caractérisés » (*Ibid.*, p. 205).

Ce courant s'appuie sur les recherches de différents fondateurs. P. Sivadon a mis l'accent sur les concepts de « capacités d'adaptation » au milieu et « d'équilibration de la personnalité », sans analyser le travail lui-même mais en accordant de l'importance aux caractéristiques du sujet face à l'activité. C. Veil a articulé le sujet et ses « marges de tolérance » avec l'organisation et les « normes de travail ». Son approche peut davantage être rapprochée à la psychologie clinique qu'à la psychiatrie. Tous les deux ont ouvert la voie à une clinique du sujet dans ses rapports au travail (Lhuilier, 2007). L. Le Guillant a développé une clinique nouvelle qui mettait en perspective des situations de travail concrètes avec des manifestations pathologiques identifiées, telle que la « fatigue nerveuse » (Lhuilier, 2006b). Cependant, la centration de ce courant sur la pathologie mentale pose un certain nombre de limites. Il y a entre autres le risque de ne pas prendre suffisamment en compte les contradictions et tensions internes entre sujet et social. D'autre part, le travail n'est pas que souffrance, il est également plaisir, possibilité de développement individuel et collectif. La psychopathologie du travail n'est pas parvenue à démontrer l'existence d'une « psychose du travail » (Molinier & Flottes, s.d.). En effet, confrontés aux mêmes conditions de travail pathogènes, les sujets ne développent pas tous des troubles mentaux, même si leur santé peut être altérée, entre autres par la fatigue, des troubles musculosquelettiques, etc. Néanmoins, « la psychopathologie de travail a ouvert la voie d'une reconnaissance de la part de subjectivité qu'engage le travail humain » (Lhuilier, 2006b, p.215), mais celle-ci ne se limite pas aux situations pathologiques.

Depuis la fin des années 1980, les exigences du monde du travail se sont intensifiées, alors que simultanément les moyens nécessaires à la réalisation de l'activité ont été réduits. Les activités sont de plus en plus calibrées, freinant la possibilité d'initiative des salariés, ce qui est à l'origine de souffrances psychiques. Les situations de double contrainte sont fréquentes : les exigences d'efficacité, de participation, de responsabilisation sont de plus en plus présentes, alors que l'organisation ne donne ni la disponibilité nécessaire, ni les moyens d'élaborer des objectifs et des solutions en collectif. « La figure du salarié moderne est celle d'« un intérimaire permanent » (Castel, 1982), sans tradition, sans racine, apte au changement, disponible et adaptable en toutes circonstances » (Lhuilier, 2006, p.207). Les transformations du monde du travail avec l'alourdissement des contraintes et l'érosion des ressources individuelles et collectives sont à l'origine d'un mal-être grandissant qui conduit à des demandes de soutien.

Dans ce contexte, à la suite de la psychopathologie, différents mouvements liés à une clinique du travail sont apparus : en particulier la psychodynamique du travail de Dejours et la clinique de l'activité de Clot. Toutes les deux se rejoignent en ce qu'elles s'intéressent au sujet confronté à des situations concrètes et réelles (Lhuilier, 2006a) et qu'elles visent à rendre à nouveau la vie défendable en milieu de travail. Le travail s'y conçoit comme une activité sociale réalisée avec d'autres, pour d'autres, en fonction des autres. Il est à la fois collectif, normé et plein de contraintes, mais il est simultanément objet d'investissement, porteur de projets et d'espoir individuels. Plaisir et souffrance au travail émergent à l'intersection du social et de l'individuel

De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail

Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste, s'inscrit dans le courant de la psychopathologie du travail et de son héritage. Il s'en distingue progressivement en mettant l'accent sur le plaisir et la souffrance au travail. La psychodynamique du travail qu'il initie questionne la « normalité » et non pas la pathologie. Le travail s'y définit comme « l'activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail » (Davezies, 1991, cité dans Dejours, 1993, p.216). Sachant que le travail est potentiellement source de souffrance, Dejours (1993) s'interroge sur la manière dont les individus, en situation de travail, parviennent à conserver leur santé.

Il étudie les processus de régulation, qu'il nomme « stratégies de défense », élaborés afin de faire face aux tensions internes générées par le travail, en regard des attentes et des investissements des sujets. Ces stratégies peuvent être individuelles ou collectives. Elles se manifestent par des moyens symboliques, tels que l'occultation, l'euphémisation, l'évitement ou la rationalisation. Quand il s'agit de « stratégies de défense collectives », il y a élaboration d'un univers commun de représentations et de conduites qui permet de dénier une partie de la réalité qui génère la souffrance. Ainsi en va-t-il par exemple de la peur qui est perçue comme un péril psychique en psychodynamique du travail (Dejours, 1990; Molinier, 2008): par exemple des équipes de travailleurs ne respectent pas des consignes de sécurité prescrites, car, s'ils le faisaient, ils seraient conscients en permanence du risque qu'ils courent et ainsi empêchés d'agir. Quand la stratégie fonctionne, il n'y a pas de parole sur ce sujet, il apparaît comme un fait, une évidence. La souffrance apparaît quand il n'y a plus de possibilité de la réguler ou de la sublimer par la créativité. Pour Dejours (1993), la « normalité » se conçoit donc comme « un compromis entre souffrance et défenses, qui n'est jamais définitivement acquis et doit constamment être réajusté et renégocié » (p.10).

Pour la psychodynamique du travail, la rétribution attendue par le sujet est d'ordre symbolique : il s'agit de la *reconnaissance*. Elle est surtout reconnaissance *par* autrui du travail effectif et se réalise au travers de deux jugements : un jugement de beauté, et un jugement d'utilité. Le jugement de beauté est attribué par les pairs et repose sur une délibération collective de ce qui est bien et bon par rapport aux règles professionnelles. Le jugement d'utilité découle surtout de la hiérarchie en signifiant que les objectifs fixés sont atteints ou pas. Pour que la dynamique de la reconnaissance soit une réussite, il faut qu'il y ait le plus de congruence possible entre jugements de beauté et d'utilité (Dejours, 1993; Molinier, 2008). De plus, même s'il s'agit d'une reconnaissance du travail accompli et non de la personne, celle-ci « peut s'inscrire au niveau de la personnalité en termes de gain dans le registre de l'identité » (Dejours, 1993, p.223). La reconnaissance ne suit toutefois pas forcément l'activité : au contraire, elle peut la précéder et être vue au travers des conditions de travail qui permettent au sujet de réaliser ses activités conformément à ce qu'il souhaite.

Clinique de l'activité

A l'intersection de l'ergonomie et de la psychopathologie du travail, mais ne s'inscrivant pas dans la tradition psychanalytique, Yves Clot (1998) développe une clinique du travail centrée sur l'activité et la subjectivité. L'activité se différencie de la tâche prescrite dans ce qu'elle met en jeu du sujet pour réaliser les objectifs définis (Leplat & Hoc, 1983). L'activité est triplement dirigée : par le sujet, par l'objet et elle est adressée aux autres (Clot, 2006a). Elle n'est donc pas stéréotypée et est sujette à des imprévus, à des erreurs et des ratés. Ceci est d'autant plus risqué dans des situations à haut degré de complexité, comme le sont le plus souvent les situations de soins. Il y a dès lors nécessité à improviser, à travailler dans l'approximation, l'urgence : la réflexivité y est essentielle. Pour Clot, l'origine de la souffrance est à chercher d'en l'impossibilité de surmonter les épreuves du travail, soit par un développement empêché, soit par l'amputation du pouvoir d'agir. Le plaisir émerge du travail bien fait, de la participation et de la contribution à l'histoire commune (le métier). Le travail est conçu comme « un exercice collectif de liaison sociale au réel » (Clot, 2006a).

La clinique de l'activité distingue quatre instances (des « organisateurs de l'activité ») qui président aux conflits d'activité de travail :

- Une « instance impersonnelle » qui se réfère à des tâches et des procédures prescrites. Elle est d'abord prescription endogène contenant les règles du métier et les valeurs communes, etc., mais également prescription exogène, porteuse des règles de l'institution, en regard du mandat social. Des décalages plus ou moins grands sont donc d'emblée présents.
- Une « instance transpersonnelle » qui est le résultat de l'histoire et de la réorganisation du travail à un endroit et à un moment donné par ceux qui le font, devenant ainsi une prescription émanant du collectif de travail. Il est à l'origine de ce que Clot nomme le *genre professionnel*, une sorte de préfabriqué, un « prétravaillé social » (Clot & Faïta, 2000) qui se réfère aux « règles de vie et de métiers pour réussir à faire ce qui est à faire, des façons de faire avec les autres, de sentir et de dire, des gestes possibles et impossibles dirigés à la fois vers les autres et sur l'objet » (p.44). Les genres sont multiples, dépendant des lieux, des spécialités, des équipes. Ils « marquent l'appartenance à un groupe et orientent l'action en lui offrant, en dehors d'elle, une forme sociale qui la re-présente, la précède, la préfigure et, du coup, la signifie » (Clot, 2006a, p.41).
- Une « instance interpersonnelle » qui se caractérise par les relations dans le cadre de la réalisation de l'activité. Elle concerne autant les collègues, que les relations hiérarchiques ou les bénéficiaires de l'activité.
- Une « instance personnelle » qui contient toute la dimension subjective et personnelle d'un sujet, source du développement d'un *style* qui « dégage ou libère le professionnel du genre non pas en niant ce dernier, non pas contre lui, mais grâce à lui, en usant de ses ressources, de ses variantes, autrement dit par la voie de son développement, en le poussant à se renouveler » (*Ibid.*, p.33).

Pour Clot (2006a), la reconnaissance est liée au fait de pouvoir « se reconnaître » dans ce que l'on fait, dans quelque chose qui dépasse la personne et qui la rend fière de ce qu'elle a entrepris. Le sujet s'inscrit ainsi dans une histoire qui n'est pas seulement la sienne, « mais celle d'un "métier" qui n'appartient à personne en particulier, mais dont chacun est pourtant comptable » (Clot, 2006b, p.167).

Des différentes publications de ces auteurs, nous retiendrons bien des éléments, comme celui d'un genre professionnel jamais achevé puisqu'il est nécessaire pour agir. Il est à la fois contrainte et ressource, et nous pouvons l'envisager précieux pour de nouvelles professionnelles. Ces dernières, à travers les identifications et le travail en équipe vont accéder au genre de cette équipe, aux aspects impersonnels et transpersonnels des règles du métier (Roger, 2007). « Chaque sujet interpose entre lui et le genre collectif qu'il mobilise ses propres retouches du genre. Le style peut donc être défini comme une métamorphose du genre en cours d'action » (Clot, 2008, p.110). Un changement de formation, de profil professionnel, va transparaître dans le style des NP et va participer à la transformation d'un genre, par « percolation toujours à recommencer dans le brassage des générations » (*Ibid.*). Pour réaliser son travail malgré les contraintes et les épreuves qu'il rencontre, l'individu recourt à des stratégies individuelles et collectives pour limiter ou sublimer la souffrance, cette sublimation étant à entendre comme une lutte pour l'émancipation selon Dejours (2011), ou alors il se différencie par son propre style pour augmenter son pouvoir agir selon Clot. Nous retiendrons également que la rétribution attendue par le sujet pour le travail accompli et son investissement subjectif dans sa réalisation est d'ordre symbolique, puisqu'il s'agit de la reconnaissance.

1.4 L'activité infirmière

1.4.1 Bref rappel historique

Pour brièvement décrire l'activité de l'infirmière, nous allons nous référer au modèle conceptuel de la médiologie de la santé de Michel Nadot (1993). Cet auteur, franco-suisse, infirmier, professeur d'histoire et d'épistémologie en science infirmière, a lutté longtemps contre le discours commun qui présentait l'infirmière comme une « paramédicale », une assistante du docteur qui donne des soins aux malades ou une sorte de nonne travaillant par vocation et avec abnégation. Il démontre dans sa thèse de doctorat que les fondements du prendre soin remonte bien au-delà du XVIIIème et des congrégations religieuses mandatées par le corps médical pour former des soignantes pour l'hôpital. Au Moyen-Age existaient déjà des hôpitaux laïcs où des soignantes, s'appuyant sur des savoirs profanes, offraient des prestations à une population qui n'était pas constituée exclusivement de malades, mais aussi d'indigents, et de tous ceux qui ne pouvaient plus assumer la vie quotidienne. Le rôle de l'hôpital était alors de prendre soin du domaine, du groupe et de l'humain. Dans les théories infirmières élaborées à partir des années 50, la tendance a été de mettre l'accent sur l'infirmière au chevet de son patient. Nadot agrandit le focus en disant que cette dernière fait bien plus que des soins : elle est en fait une intermédiaire culturelle, une experte en mobilité et en coordination

d'informations multiples entre 3 systèmes culturels (SC) pas forcément en synergie : le patient-ses proches (SC3), le corps médical (SC2) et l'institution (SC1).

Par système culturel, Nadot (2008) entend « des éléments symboliques (connaissances, valeurs, idéologies). Ceux-ci ont comme particularité de guider et de contrôler l'action soignante exclusivement par l'information qu'ils véhiculent » (p.366). Le SC1 (1 car premier à produire du savoir par l'écriture) se réfère à l'ordre hospitalier ou institutionnel qui va élaborer des règlements et des prescriptions. L'infirmière rend service à l'institution en lui permettant de fonctionner. Elle va ainsi accueillir, orienter, gérer le matériel, transmettre, écrire, etc. Le SC2 apparaît à partir de la moitié du XVIIIème siècle : il s'agit de l'ordre médical qui est le second à transformer l'expérience en savoir par l'écriture. L'infirmière rend service au médecin en appliquant les prescriptions, en réalisant et transmettant des observations et des surveillances, etc. Cette fonction est fréquemment appelée « médico-déléguée ».

Le SC3, dernier à produire de l'écriture et des connaissances (milieu du XXème siècle) est l'ordre des soignantes. Il est orienté vers deux pôles : le patient et l'équipe de soins (avec les différentes professionnelles qui lui sont déléguées), et constitue la fonction indépendante de l'infirmière. Le soin dans la relation au patient s'appelle alors la *médiation de santé*, d'où le nom proposé par Nadot pour remplacer le terme d'infirmière de *médiologue de santé*. Dans sa pratique quotidienne, l'infirmière se positionne en permanence entre ces différentes cultures. « Cette posture demande d'assumer une fonction entre trois systèmes de valeurs qui ne sont pas en synergie » (*Ibid.*, p.371). Elle devient ainsi une *intermédiaire culturelle*, dans un rôle extrêmement complexe qui, comme nous le voyons, est très loin de se réduire aux soins aux patients, mais où elle se retrouve, le plus souvent, à rendre service à au moins deux systèmes, voire aux trois simultanément. Cette posture spécifique devient le SC4. Dans une synthèse un peu statique, voilà comment le modèle peut être schématisé :

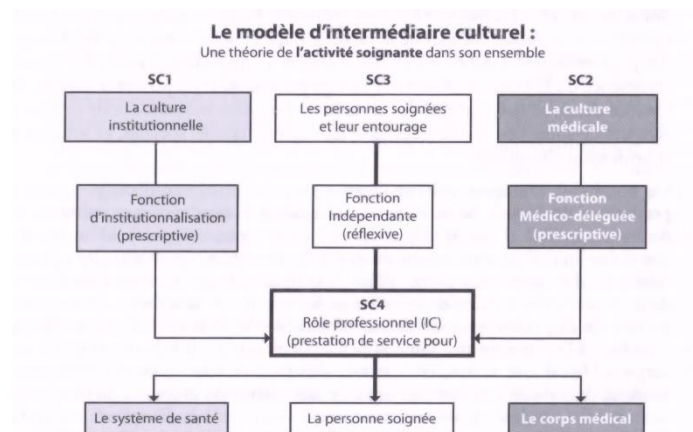


Figure 1 Gross (2013, p.183)

Il est intéressant de relever que, lorsque ce modèle est présenté à des infirmières expérimentées, il prend immédiatement sens pour elles, permettant de mettre des mots sur nombre de tensions qu'elles vivent dans leur pratique. *A contrario*, si nous observons le financement des soins, ce sont les activités liées au SC2 ou au SC3 dans le pôle « patient » qui sont essentiellement prises en compte. Cette discrédance explique un malaise lié à un sentiment de manque de reconnaissance sociale fréquemment manifesté par les infirmières.

1.4.2 Activité soignante en 14 groupes de pratique

Dans les années 2000, Nadot initie une recherche internationale Suisse-Québec afin de vérifier si son modèle issu des pratiques ancestrales infirmières correspond aux pratiques contemporaines. Se référant à une grande liste de pratiques répertoriées tout au long de sa recherche historique, il fait, avec son équipe de recherche, une réduction pour n'en retenir au final que 14 (Nadot *et al.*, 2002). Il les met dans une grille puis chaque chercheur part observer l'activité d'une infirmière, ce dans 11 services et institutions différents en Suisse Romande. L'activité est cotée aux cinq minutes. Cette « étude observationnelle systématique transversale » (Nadot, 2013) produit de nombreuses données qui sont traitées avec le logiciel SPSS. A noter que toutes les pratiques observées ont pu être insérées à l'intérieur des 14 groupes prédéterminés, ce qui démontre leur validité. Leur proportion dans le travail de l'infirmière a également été mise en évidence, ce qui se présente comme suit :

Rang		Moyenne	Ecart-type
1	A) Pratique de gestion de l'information	26%	6%
2	K) Pratique professionnelle de la relation	20%	8%
3	L) Pratique technologique du soin	15%	3%
4	J) Pratique d'assistance	12%	8%
5	D) Pratique de régulation	12%	5%
6	E) Pratique de déplacement	11%	5%
7	B) Pratique de récolte d'informations	10%	3%
8	C) Pratique d'ordre et de discipline	4%	2%
9	F) Pratique hôtelière	4%	2%
10	H) Pratique de réapprovisionnement	4%	1%
11	N) Pratique d'inactivité	4%	6%
12	M) Pratique de formation	2%	3%
13	G) Pratique d'hygiène collective	2%	1%
14	I) Pratique d'élimination	1%	1%
	Total	127%*	

Tableau 8: Classement des pratiques toutes institutions confondues (sans le CHUQ[®])

* Ce % tient compte des pratiques associées. Il est calculé sur 6720 temps d'observation (96 observations durant 7 jours dans 10 sites). Le 127 % signifie que sur les 3 heures de temps de travail d'une infirmière, 27% est consacré à des pratiques simultanées.

Figure 2 Nadot *et al.* (2002), p.51

Nous n'entrerons pas dans le détail de chaque pratique, par contre il est important de souligner qu'elles sont indissociables les unes des autres et ne sont pas à comprendre comme si elles se réalisaient les unes après les autres. L'élément de cette recherche qui est ressorti avec force est le temps consacré à la gestion de l'information. Les pratiques A et B représentent en moyenne 36% de l'activité soignante, dans tous les domaines observés. Elles sont constituées de colloques, visites médicales, écritures, téléphones,

informations diverses fractionnées ou spontanées et imprévues, ainsi que de récolte de données auprès de patients, leur familles, les médecins, etc.

On n'insistera jamais assez sur la complexité du rôle professionnel où il faut dans le même temps gérer un grand nombre d'informations spontanées de qualité variée en provenance d'interlocuteurs de statut et de culture différentes, et dans un contexte de relation où les enjeux de pouvoir ne sont jamais à négliger. (Nadot, 2013, p.97)

L'infirmière occupe donc une position centrale dans l'institution en jouant le rôle de « disque dur » qui gère en permanence le flux d'informations, les coordonne et les redistribue afin d'assurer la sécurité et de faire fonctionner le système de santé. La seconde pratique la plus importante est celle de la relation. Il est à relever qu'elle se réalise le plus souvent au décours d'autres activités (pendant un pansement, une aide à la toilette, etc.). En fonction des secteurs de soins, il existe une certaine variabilité de cette pratique. Dans la recherche de Nadot *et al.* (2002), elle se révèle plus faible en chirurgie qu'ailleurs. Nous mettrons, pour finir, l'accent sur la pratique des technologies de soins (injections, pansements, tout acte médico-délégué) qui représente 15% de l'activité, alors que dans les représentations de l'infirmière, elle est censée être très fréquente. Elle occupe la même proportion du temps dans tous les domaines, y compris en chirurgie, contrairement aux représentations de technicités liées à cette spécialité.

Le rôle infirmier s'avère donc d'une grande complexité, entre autres par la multiplicité des éléments à assumer en simultanéité. La recherche de Nadot *et al.* (2002) l'a bien démontré et ce, avec un public d'infirmières expérimentées. S'insérer dans un tel milieu et assumer un rôle de « médiologue de santé » pour la première fois ne peut donc que représenter un défi de taille pour de nouvelles professionnelles.

1.5 Question de recherche

Au fil de l'analyse de notre matériau et compte tenu de tous les éléments développés dans ce chapitre, notre recherche a visé à analyser de manière qualitative l'évolution de l'insertion dans une équipe de soins d'infirmières HES issues de la Haute Ecole de Santé de Fribourg, tout au long de la première année de travail, quel que soit le lieu et le domaine d'activité. Il s'agissait d'analyser comment les NP ont construit et développé leur identité à travers leurs activités professionnelles et la rencontre avec les autres significatifs, en les articulant avec leur passé (principalement la formation), leur présent et leur futur (projets divers). Nous avons plus particulièrement mis l'accent sur les événements qui ont marqué ce processus. Ceci nous a conduit à émettre une question de recherche en deux temps :

Quelles étaient les dynamiques identitaires des NP de la HEdS-FR et leur évolution durant la première année d'insertion professionnelle dans une équipe de soins ?

Comment les événements significatifs qu'elles ont vécus et rapportés ont-ils influencé cette insertion professionnelle dans une équipe de soins et leur dynamique identitaire ?

2. Démarche méthodologique

Pour tenter de comprendre l'évolution de l'insertion professionnelle d'infirmières HES de la Haute Ecole de Santé, nous avons choisi d'opter pour une méthodologie clinique, en nous appuyant sur les courants liés à une psychosociologie clinique et à ceux liés à la psychodynamique du travail et à la clinique du travail, tout en nous en différenciant. Nous nous sommes également appuyées sur la théorie ancrée (*grounded theory*) de Glaser et Strauss pour l'analyse continue des données. Il nous a fallu en effet inventer un chemin particulier à partir des entretiens que nous avons menés et dont nous allons restituer les différentes étapes.

2.1 Une approche clinique dans ses options méthodologiques

Dans le chapitre I, nous avons présenté les principaux courants d'une démarche clinique, en psychosociologie et en clinique du travail. Notre méthodologie s'est appuyée sur cette manière particulière de construire le savoir. Nous en restituons ici quelques traits. La récolte du matériau dans la démarche d'une psychosociologie clinique se fait prioritairement par un engagement du chercheur sur le terrain, par le travail qu'il mène sur sa propre implication, sur des entretiens cliniques qu'il réalise avec les personnes concernées dans le cadre d'un groupe, d'une institution ou d'une entreprise (Barus-Michel *et al.*, 2006).

Dans une clinique du travail, quel que soit le courant auquel on se réfère, les trois temps d'une recherche sont les mêmes, à savoir : la démarche d'analyse est initiée par une demande qui est clarifiée et dont la faisabilité est étudiée. La récolte de données est réalisée dans de collectifs volontaires, et, finalement l'analyse réalisée par les intervenants est présentée, discutée et validée par ces collectifs. La méthodologie développée en clinique de l'activité vise à permettre aux sujets eux-mêmes de pouvoir passer leur action au crible. Pour ce faire, elle s'appuie principalement sur l'instruction au sosie et les auto-confrontations croisées (Clot, 2008). En ce qui concerne la psychodynamique du travail, il s'agit d'enquête qui rassemble un groupe de travailleurs et un groupe de chercheurs à partir d'un thème explicité. Dans tous les cas, ce qui est recherché, c'est la coproduction de la compréhension du sens des conduites en situation. Le dispositif crée « une situation en décalage à l'intérieur du cadre habituel et induit ainsi une rupture par rapport à l'ordinaire. C'est le décalage qui favorise l'émergence d'une réflexivité subjectivante » (Lhuilier, 2006a, p. 182), à l'origine de la production de connaissances.

Notre approche méthodologique ne suit pas celle de la clinique du travail, ni celle d'un chercheur qui s'insère dans un groupe, une institution ou une entreprise, pourtant elle en garde l'esprit. Si la demande initiale émane de la chercheuse et non pas des NP, nous savons que les phases de transition dans le monde du travail sont des moments-clés dans les trajectoires de vie où la question de l'activité, de son sens et de l'intégration dans le collectif est omniprésente. Ce questionnement a donc de fortes probabilités d'entrer en écho avec des demandes ou des préoccupations des NP. Des observations de l'activité sur le terrain, des interactions avec les collègues, auraient fourni une base de travail

intéressante pour les entretiens. Toutefois, des patients et des collègues des NP auraient été alors concernés, ce qui aurait nécessité la demande d'autorisation à des commissions d'éthique, ainsi qu'aux institutions, et aux services. Comme notre option était d'étudier les parcours d'insertion quel que soit le lieu de travail, pour les dix NP concernées, cela représentait 3 cantons, 11 institutions, 17 services : la démarche aurait donc été trop lourde.

Partant de ces considérations, notre méthodologie s'est cependant appuyée sur les principes de la psychosociologie pour récolter les données en privilégiant « les entretiens qualitatifs, l'écoute compréhensive et l'exploration des représentations subjectives » (Giust, 2006, p.343). Des entretiens cliniques de type rogérien ont été menés avec le souci permanent de se centrer sur chaque NP, dans ses activités, en interaction avec ses autres significatifs, au sein d'un contexte spécifique. Ce matériau clinique, bien qu'orienté par des hypothèses préalables, aboutit à d'autres hypothèses et interprétations qui sont le plus souvent restituées aux partenaires de la recherche. La démarche clinique conduit en effet à une coconstruction de connaissances. L'intersubjectivité de la démarche est la condition même de leur élaboration. La théorisation est au cœur du processus et de la compréhension des enjeux de l'intervention. La qualité de la relation conditionne grandement l'émergence du savoir. Les résultats et l'efficacité de la démarche ne s'évaluent pas en termes de résolution. Il n'y a pas de prétention à la généralisation mais à une conscientisation plus grande des processus engagés et par là même, la possibilité d'un dégageant, avec un meilleur repérage chez l'autre de ses propres ressources. Nous analyserons le processus qui nous a permis de construire nos hypothèses et notre compréhension dans le sous-chapitre 2.2., et comment celles-ci ont été restituées aux NP qui ont accepté d'entreprendre avec nous ces entretiens.

Mais avant, nous souhaitons revenir sur le fait qu'une démarche clinique se singularise par la posture du chercheur.

2.1.1 Clinique et posture du chercheur

A l'inverse des démarches expérimentales, dans l'approche clinique, l'implication du chercheur est souhaitée car elle est le moyen d'accéder à la connaissance et la relation permet de révéler certaines dimensions de l'objet de recherche (Lhuilier, 2007). Il n'y a pas de démarche clinique sans relation, inscrite dans un contexte et dans le temps. Le matériau clinique n'est pas accessible par observation directe, mais par des effets de sens dans le cadre de la relation. Cette coprésence est traversée par les facteurs environnants et la dynamique de la relation elle-même. La position du chercheur a donc à être particulièrement réfléchie, éthique et déontologique. Il est impliqué, observateur-participant et, à ce titre, sa stratégie de recherche affecte directement les situations sur lesquelles il travaille, qu'il le veuille ou non (Giust-Desprairies, 2004 ; Jobert, 2006). Il se doit d'être authentique, sincère et ne pas laisser l'autre dans le vide d'une parole neutre. C'est lui qui porte la responsabilité du respect du cadre, mais après qu'il a été préalablement accepté par toutes les parties car c'est à partir de lui que va se fonder une alliance. Cette relation est à la fois réciproque et asymétrique (Aymard, 2006). La

réciprocité se retrouve dans la mise en risque de chacun par la démarche, puisque personne « ne sait *a priori*».

Le chercheur, dans sa position décalée, représente une altérité qui va ouvrir un espace pour penser autrement. La proximité de son écoute est indispensable à la libération de la parole de l'autre mais il a à gérer la distanciation nécessaire pour ne pas entrer dans des effets de miroir qui l'amèneraient à penser pour l'autre. Une réflexivité permanente sur sa posture, sur son implication, sur ses affects est indispensable (Cifali et Giust-Desprairies, 2006) : « L'effort vise ainsi à permettre l'essor d'une pensée subjective, lucide quant à ses limites, responsable des conséquences engendrées par sa position et capable de se confronter à d'autres pensées. » (Cifali, 2008, p.130). Son rôle est d'avoir toujours un doute critique vis-à-vis des apparences, de remettre sur le tapis les éléments signifiants afin d'en permettre une nouvelle lecture (Barus-Michel, 2006 ; Jobert, 2006). Son investissement théorique l'aide à faire du lien, mais il doit rester disponible aux effets de surprises.

Dans cette recherche, l'implication de la chercheuse demandait une vigilance particulière puisqu'elle était elle-même infirmière, qu'elle avait été professeure des NP qui participaient à la recherche et qu'elle connaissait certains lieux où ces dernières travaillaient. Cette connaissance préalable de personnes et de contextes, dans un rôle certes différent, pouvait tout à la fois être une ressource et un obstacle. En effet, le risque existait de plaquer notre propre interprétation à partir de ces présupposés sur les événements relatés par les NP, et, ainsi, de ne pas nous laisser questionner par ce qui émergeait de nouveau et de ne pas accompagner la NP dans la quête d'un sens différent de celui que nous leur attribuions. Simultanément, cette connaissance pouvait aider à prendre conscience de certains enjeux cachés sous les mots et/ou les silences. Elle offrait ainsi la possibilité d'une ouverture par un approfondissement de la question et/ou une proposition d'interprétation à la NP, permettant une co-compréhension de la complexité des situations. Des allers-retours permanents entre posture d'infirmière, de professeure et de chercheuse avaient donc à être réfléchis en situation d'entretien et dans l'analyse entre les entretiens.

Plusieurs éléments y ont contribué. La tenue d'un journal de bord tout au long de la récolte de données puis de l'analyse a joué un rôle important de mise à distance réflexive. Jobert (2006) rappelle que « le clinicien ne peut se dispenser de prendre position, de savoir où il est – aux plans idéologique et du contre-transfert – par rapport aux changements auxquels il est associé ou qu'il induit volontairement ou non » (p.30). Le journal de bord permettait cette clarification et aidait à repérer dans les entretiens préalables certaines pistes qui n'avaient pas été saisies ou pas suffisamment approfondies. Des échanges réguliers avec une collègue également intéressée par le domaine de l'insertion professionnelle ont permis de discuter des découvertes et des doutes. Il ne s'agissait pas de supervision, mais l'expression sur la posture clinique qui était la nôtre était possible et un objet fréquent d'interrogation. Le dispositif et la durée de la récolte de données ont également favorisé notre travail réflexif. En effet, pendant deux ans et demi, les entretiens successifs (chaque deux mois avec chaque NP, mais plusieurs NP en parallèle) ont amené constamment des

éclairages nouveaux ou au contraire mis en évidence des répétitions qui ont permis une transformation progressive de certaines de nos représentations. Des NP travaillaient dans des institutions et des domaines inconnus de la chercheuse : l'étrangeté des pratiques, du fonctionnement organisationnel, etc. qu'elles amenaient représentait un grain de sable bienvenu à l'origine de questionnements qui étaient réinjectés dans les entretiens ultérieurs avec les différentes participantes. Le dernier élément par rapport au travail sur notre implication a été de systématiquement présenter nos hypothèses et interprétations aux NP pour les mettre en discussion d'un entretien à l'autre. Ceci constitua l'essentiel du dernier entretien. Un fil rouge constant était la préoccupation de l'effet (bénéfices ou difficultés) que pouvaient induire les entretiens.

2.2 Dispositif de recherche

Les options méthodologiques connues, nous allons donc décrire le dispositif de recherche et les différentes étapes de traitement et d'analyse des données.

2.2.1 Public cible et échantillon

Notre public cible était constitué de toutes les étudiantes HES des promotions 2003-2007 et 2004-2008, dans la mesure où leur futur lieu de pratique n'était pas une donnée prise en compte. Le nombre d'étudiantes à recruter n'a pas été déterminé au préalable, néanmoins l'engagement que demandait la recherche ainsi que sa durée permettait de penser que le nombre serait limité. Le recrutement s'est réalisé sur un mode volontaire. Lors de la dernière semaine de cours de la formation (environ trois mois avant le diplôme), le projet a été présenté par la chercheuse en salle de classe. En septembre, où les étudiantes obtenaient majoritairement leur diplôme, un courrier de relance leur a été envoyé individuellement (cf. Annexe 3). Trois NP de la promotion 2003-2007 (34 étudiantes) se sont engagées dans la démarche et, l'année suivante, sept NP de la promotion 2004-2008 (49 étudiantes), soit un total de 10 NP. Il est à souligner qu'il s'agissait exclusivement de femmes. Leur moyenne d'âge au moment de la prise de poste était de 23,5 ans. Les caractéristiques générales de chacune d'elles et des postes qu'elles ont occupés durant l'année sont consultables dans l'Annexe 5.

Comme nous l'avons déjà signalé, la demande initiale émanait de la chercheuse. Nous pouvons penser que les candidates qui se sont présentées se sentaient intéressées par le thème général, en anticipation de l'expérience qu'elles allaient vivre dans leur première prise de poste. Certaines se sont décidées peu de temps après leurs débuts, suite à une expérience difficile. Ce volontariat s'inscrivait dans l'éthique d'une démarche clinique. L'implication qui leur était demandée a été clairement explicitée, de même que les intérêts et bénéfices que chercheuse et NP pouvaient conjointement en retirer. La dynamique de coconstruction de connaissances à partir de leur expérience singulière a été bien comprise comme étant le cœur des futures rencontres. Toutes les participantes ont signé un consentement éclairé (cf. Annexe 4) avant de débiter.

Une des motivations des candidates - un des biais possibles de la recherche aussi -, est le fait d'avoir déjà une relation construite avec la chercheuse. Celle-ci s'est toujours inscrite

exclusivement dans le cadre professionnel. Elle a été plus ou moins proche : professeure en classe avec toutes, mais en plus mentor de deux des NP, directrice du mémoire de fin d'étude pour une, et enseignante clinique durant un stage pour une dernière. Il n'y a également jamais eu de situation conflictuelle suite à des évaluations. Toutefois, le fait d'avoir ce passé commun pouvait générer chez les participantes soit un désir de faire plaisir ou de prouver quelque chose, soit une envie de faire passer un message, que ce soit à la chercheuse ou à l'institution HES. La durée du processus pour chacune (1 an), le nombre de rencontres (6) et le fait que les NP évoluent dans un autre contexte et dans un autre rôle que celui du site de formation permettent de limiter ce biais. La centration sur des thèmes en lien avec l'actualité de la NP a aussi permis une transformation de la relation antérieure. Nous pourrions dire que lors des premiers entretiens, la chercheuse était perçue comme prioritairement professeure, puis infirmière. Dans le courant de l'année, cette tendance s'est inversée : elles s'adressaient plutôt à une infirmière aînée qu'à leur ancienne professeure. Cela s'est marqué entre autres à travers le passage de leur part au tutoiement, au plus tard lors du troisième entretien. Et finalement, les relations déjà construites, généralement bonnes, représentaient aussi une force, la confiance permettant une diminution du temps de prise de contact et peut-être une présence moindre des mécanismes de défense liés à la relation, pour ne conserver « que » ceux liés à la situation.

2.2.2 Récolte de données

Afin d'étudier au plus près le processus de l'insertion et son évolution, des entretiens ont eu lieu toutes les huit semaines. Ce délai permettait aux NP de récolter suffisamment d'éléments d'une fois à l'autre tout en étant ancrées dans le quotidien et sa relative brièveté limitait également la déperdition d'informations. Des critères de faisabilité (le temps de travail respectif ainsi que les horaires irréguliers) empêchaient de rapprocher davantage les rencontres.

Pour la préparation aux entretiens, il a été demandé aux NP de réfléchir à trois thématiques, fil rouge de chacune des rencontres :

1. les premières fois ;
2. les moments où elles se sentent pleinement diplômées ;
3. les moments où elles ne se sentent pas vraiment diplômées.

Aucune précision supplémentaire n'a été donnée au départ, l'interprétation de ce qui était sous-jacent à ces thèmes étant en soi un élément significatif. Au fur et à mesure des entretiens, ces thèmes se sont précisés. Un journal de terrain de leur part aurait permis une première extériorisation, reconstruction de l'histoire : un premier pan réflexif formel (Cifali, 2007 ; Clot, 2006a). Cependant, la profession infirmière est porteuse d'une culture orale principalement, et il y avait des réticences à le faire déjà durant la formation. L'idée de journal a donc été abandonnée pour ne pas perdre de volontaires, mais il a été demandé de garder des traces, sous la forme qui leur convenait, comme renforcement de la mémoire. Cet exercice en soi initiait une réflexion sur l'expérience vécue. Sur les dix NP,

six arrivaient aux entretiens avec des notes, souvent sous forme télégraphique. Aucune n'est venue sans y avoir réfléchi préalablement.

Puisqu'il n'y a pas eu d'observations sur le terrain, une des limites de cette recherche sur l'insertion est de l'analyser exclusivement du point de vue des NP. Nous pouvons postuler que les autres acteurs impliqués en feraient une lecture parfois différente. Néanmoins, l'attention permanente à interroger les interactions, le rôle d'autrui par rapport à l'activité et au soutien apporté, les conditions de travail, etc., plaçait en permanence le collectif, les patients et le contexte au cœur de la réflexion et de la démarche de compréhension à travers le regard subjectif des NP. Sachant que notre parole est toujours remplie des mots des autres, il est possible à travers la répétition des rencontres de percevoir la « culture locale », les phénomènes d'assimilation et d'altérité (Roger, 2007).

Déroulement des entretiens

Les rencontres ont eu lieu selon deux modalités :

- Cinq entretiens individuels étaient qualitatifs, peu directifs, de type compréhensif (Kaufmann, 2006) : ce sont les 3 thèmes qui donnaient la directivité de l'entretien, ensuite la structure était souple, évoluant à partir de ce qui était amené par les NP. Un maximum de données était ainsi récolté permettant par la suite l'élaboration de nos interprétations. Les entretiens étaient conduits selon les principes de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (respect inconditionnel, écoute non-jugeante, empathie, authenticité et congruence). Ce choix était motivé à la fois par l'ouverture à la parole qu'offre cette méthode et d'autre part par la maîtrise qu'en avait la chercheuse qui permettait de s'en détacher pour « n'être plus que » centrée sur son interlocutrice (Rogers, 1984). Les entretiens débutaient systématiquement par les nouveaux éléments amenés par la NP qui étaient développés jusqu'à épuisement du thème à ce moment-là. Des temps d'explicitation ponctuelle ont été utiles pour canaliser la parole sur le vécu de l'action effective afin de mieux cibler les processus engagés dans sa réalisation (Vermersch, 2006).

Chaque entretien a été enregistré et retranscrit en intégralité. Avant chaque rencontre, les entretiens antérieurs ont été réécoutés, analysés, afin de faire ressortir des thématiques, des hypothèses ou des interprétations qui étaient ensuite amenées en discussion pour les vérifier ou échanger sur leur développement et leur évolution dans le temps. Des pistes ouvertes par des entretiens réalisés avec d'autres NP étaient également prises en compte. Les rencontres ont eu lieu là où le désirait la NP, sauf sur son lieu de travail. Concrètement, ce fut parfois chez elles, au domicile ou au bureau de la chercheuse ou dans un lieu neutre à mi-chemin.

- Un entretien en groupe de 3 à 4 personnes, de type *focus group*, a eu lieu vers le milieu de l'année (entretien 3 ou 4 selon les NP). Cette rencontre visait à un partage entre pairs, à une confrontation des expériences qui pouvait faciliter le

travail de remémorisation et enrichir le processus en cours (Duchesne et Haegel, 2005 ; Périlleux, 2008). Ces rencontres ont eu lieu à l'école pour des raisons logistiques. Les NP se connaissaient, certaines s'étaient revues, voire étaient amies, ce qui pouvait colorer la dynamique de l'échange en groupe. Cela n'a probablement pas représenté un obstacle majeur, l'échange ayant été animé à partir des événements communs tirés des entretiens préalables de chacune, des hypothèses et interprétations de la chercheuse. La conduite des trois *focus group* qui ont eu lieu a posé un certain nombre de questions d'ordre méthodologique et éthique. En effet, la connaissance fine du parcours de chaque NP jusqu'alors nous a rendue particulièrement consciente de ce qui se disait face aux autres et surtout de ce qui ne se disait pas. Une grande vigilance était donc nécessaire afin de rester centrée sur les échanges, sans se laisser distraire par des interprétations sur ces « non-données ». Ethiquement, il ne s'agissait pas d'inciter une NP concernée à s'exprimer sur ce sujet afin de ne pas lui porter préjudice. Par contre, la thématique fut amenée en discussion lors de l'entretien clinique individuel suivant.

2.3 Analyse des données empiriques et théorisation

Il importe maintenant de restituer les différentes phases de l'analyse de notre matériau clinique (transcription, transformation en récit, analyse personnelle des dynamiques identitaires, extraction des événements signifiants et de leur signification). Elle s'est donc réalisée en couches successives, dont un des exemples est donné par la *grounded theory* de laquelle nous nous sommes inspirée. Cette méthode de production de théorie à partir des données empiriques a été développée par Glaser et Strauss, sociologues américains. Elle s'appuie sur différents courants, dont l'interactionnisme social, le pragmatisme et l'école de Chicago qui privilégie l'enquête de terrain et une approche constructiviste des phénomènes sociaux (Paillé, 2010). A la différence des méthodologies traditionnelles où la théorie est première et ensuite vérifiée, elle se construit ici par un processus de comparaison constante entre les données récoltées et l'analyse qui en émerge. De ce fait, construction et validation se réalisent simultanément (Glaser & Strauss, 2010; Paillé, 1994). L'analyse est présente dès le début puisqu'elle va guider les entretiens. Il n'y a pas d'échantillonnage prédéfini, tous les sujets pertinents pour l'étude du phénomène peuvent être intégrés, jusqu'au moment où il y a saturation des données, c'est-à-dire une répétitivité des concepts, sans apparition de nouveaux éléments.

Pour travailler sur les données, le chercheur a besoin de les conceptualiser, il ne peut s'arrêter aux éléments factuels. « Les éléments de sens (incidents, *events*, *happening*) sont pris pour des indicateurs potentiels de phénomènes » (Strauss & Corbin, 2003, p.367). Il s'agit là des aspects les plus élémentaires qui vont être regroupés, réagencés, au fur et à mesure de la récolte des données, jusqu'à devenir des concepts. Par la suite, les concepts qui relèvent d'un même phénomène vont également être recoupés jusqu'à créer des catégories conceptualisantes.

« Pour atteindre le statut de catégorie, un concept plus abstrait doit être développé dans les termes de *propriétés* et des *dimensions* des phénomènes qu'il représente,

des *conditions* qui lui donnent naissance, des *actions* et *interactions* qui l'expriment, des *conséquences* qu'il produit » (*Ibid.*).

Ce niveau de spécification rend les catégories explicatives de ce qui va constituer la théorie. Paillé (1994) le résume en disant que théoriser, « c'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière » (p.149). Ceci nous amène à décrire la manière dont nous avons analysé nos données.

2.3.1 Analyse durant la phase de récolte de données

Notre manière de mener les entretiens s'inspirait de la théorie ancrée dans le processus conjoint permanent d'analyse et de récolte de données. Durant les deux ans et demi de recueil, les différentes hypothèses de compréhension du phénomène de l'insertion ont été travaillées, questionnées, modifiées. Pour le groupe de NP concernées, entre les différents lieux et domaines de travail, nous pouvons parler d'une saturation des données, même si bien évidemment, des possibilités d'approfondissement sont possibles.

La première écoute des entretiens ainsi que la lecture des retranscriptions ont d'abord fait l'objet d'une analyse phénoménologique des données. Il s'agissait d'« écouter » au plus proche ce qui est dit dans les données empiriques, sans les interpréter tout de suite pour ne pas fermer d'emblée des possibilités de compréhension. Lors des écoutes suivantes, chaque entretien a fait l'objet d'un codage qui s'affinait au fur et à mesure du temps. Celui-ci mettait surtout en évidence les incidents, les expériences émotionnelles, les interactions en fonction de leur but, etc., en lien avec les verbatims associés. Le support de ce « codage de base » était un modèle de fichier Excel, transformé chaque fois que nécessaire. Tous les entretiens d'une NP ont été codés sur un même fichier afin de mettre en évidence les événements, les phénomènes, dans leur temporalité. Parallèlement des mémos synthétisant les questions et les hypothèses issues de la comparaison entre les entretiens des différentes NP ont été constitués et utilisés durant les entrevues suivantes. Le processus d'analyse et de recoupement s'est poursuivi après la récolte de données.

2.3.2 Elaboration de récit individuel de l'insertion

A la fin du recueil de données, celles-ci étaient si importantes (~1500 pages d'entretien) qu'une étape intermédiaire avant la poursuite de l'analyse a été nécessaire. En moyenne, pour chaque NP, il y a 7 à 8 heures d'entretiens individuels et 2 heures pour chacun des trois entretiens de groupe. Bien évidemment, comme notre intérêt était lié à l'évolution des NP durant la première année de travail, il y avait des redondances et des recoupements à faire entre les différents temps de l'insertion. Nous avons donc constitué des récits individuels en nous référant aux fichiers Excel de codage construits tout au long de la récolte de données. Ces « récits phénoménologiques » visent à mettre en évidence, au plus près, les caractéristiques de l'expérience vécue par chacune des NP (cf. Annexe 7) dans une temporalité. « Le texte produit doit permettre de faire l'expérience intime de-là perspective émique, c'est-à-dire la perspective de l'acteur » (Mucchielli & Paillé, 2008, p.92). Une part d'interprétation est présente dans la manière dont nous avons choisi d'articuler les éléments, mais il n'y a pas eu d'analyse à proprement parler. Nous n'avons

pas repris l'intégralité des incidents et situations rapportés : quand plusieurs incidents s'inscrivaient sous un même phénomène, une même problématique, seuls quelques-uns ont été intégrés au récit. Les aspects privés, qui pouvaient certes avoir des répercussions au travail par l'état émotionnel qu'ils généraient (tristesse ou colère contre un proche par exemple), mais qui se vivaient et se résolvaient dans l'espace extraprofessionnel n'ont pas été retenus. Par contre, quand ces éléments personnels influençaient sur leur travail et la construction de leur identité professionnelle, par des mécanismes d'identification ou de projection par exemple, nous les avons pris en compte.

Nous avons décidé de traiter différemment les données des trois NP de la promotion 2003-2007 en ne constituant pas de récit. Plusieurs raisons présidaient à cette décision : tout d'abord, elles étaient les premières rencontrées : les entretiens avec elles ont été riches et ont posé les jalons des entretiens réalisés avec les NP suivantes. Ils ont permis l'émergence et le repérage des premières questions et hypothèses. En ce sens, leurs apports ont été précieux et intégrés dans la suite de la récolte de données. Deux de ces trois NP ont eu un parcours atypique durant cette année. L'une d'elle, Nadia, a vécu un début d'insertion très violent, avec un soutien faible, générant un stress massif même si elle donnait pleinement satisfaction. Dans ce contexte, voire en raison de lui, est survenue une rupture sentimentale douloureuse et qui envahissait tous les pans de la vie, y compris les entretiens. Peu de temps après, un problème musculosquelettique a nécessité un arrêt maladie. Son expérience était très significative des enjeux d'une insertion, mais la dimension privée n'avait pas à être traitée dans notre recherche. Nadia et Elodie travaillaient dans une même institution privée qui avait subi des restructurations importantes l'année précédente (fusion d'établissements et fermeture de services) qui ont conduit à une transformation de toutes les équipes de soins, dans un contexte où la souffrance au travail et l'insécurité étaient très présentes. L'insertion dans ce contexte spécifique était complexifiée par les obstacles et les difficultés à la réalisation du travail au quotidien pour toutes les professionnelles et l'« état émotionnel » de l'équipe. Quant à Christine, jeune maman, elle travaillait à temps partiel (60 %). C'était une jeune femme singulière qui mettait fortement en évidence toutes les erreurs commises, le plus souvent ce que nous pourrions appeler des « couacs », en les banalisant. Dans les entretiens, il était difficile d'approfondir les éléments : s'il y avait un plaisir évident dans les entretiens, le désir de creuser était peu présent. Elle a par contre renforcé notre attention à l'erreur et à son statut pour les entretiens suivants, ainsi qu'à la mise en perspective des attentes personnelles avec celles du terrain.

Les récits constitués concernaient donc les sept NP qui ont terminé leur formation en 2008, dont la récolte de données s'est réalisée entre novembre 2008 et juin 2010. Ce choix repose aussi sur le fait que cette classe avait expérimenté, pendant sa formation, des analyses de pratiques régulières durant 3 ans. Il semblait que cela avait porté ses fruits dans la manière d'aborder les thèmes avec nous, par une capacité d'analyser l'expérience plus marquée que chez les trois NP de l'année précédente qui n'en avaient eues qu'en dernière année. Ces dernières travaillaient aussi toutes en milieu somatique aigu, alors que parmi les sept suivantes, il y a eu des expériences en milieu somatique mais aussi en

psychiatrie, en maternité, en soins à domicile, en psychogériatrie ce qui pouvait permettre de se faire une idée sur ce qui est commun et différent à l'insertion de ces professionnelles généralistes en fonction des contextes.

Nous pourrions nous interroger sur les raisons de cette centration sur chacun des sujets alors que notre recherche visait à mettre en évidence les événements significatifs qui marquaient l'insertion. L'affinage du codage initial aurait peut-être suffi pour poursuivre la théorisation. Néanmoins, notre démarche était d'orientation clinique psychosociologique, demandant une implication importante des NP et de la chercheuse. Cette étape de constitution de récits a participé d'un processus de dégagement de notre implication. Il y avait un besoin de valoriser les expériences singulières, dans une forme de respect et de fidélité à l'engagement des NP tout au long de l'année. Par leur existence, les récits ont favorisé la prise de recul par la suite par rapport aux aspects individuels pour entrer plus fortement dans la comparaison entre les parcours et les événements rapportés. Les étapes suivantes de l'analyse se référaient à ces récits.

2.3.3 Analyses réalisées à partir des récits

Analyse des dynamiques identitaires individuelles

La lecture des récits a mis en évidence à quel point la construction identitaire était centrale dans le processus de l'insertion des NP. Les questions qui traversaient cette première année comme un fil rouge étaient les mêmes pour toutes : « quelle professionnelle je suis, en regard de la stagiaire que j'étais et de l'infirmière idéale que j'espère devenir ? » Ces interrogations traversaient les activités, les différentes interactions, les événements, liées au besoin de reconnaissance. De ce fait, il a été décidé d'analyser chacun des récits en regard du concept de l'identité dans sa conception psychosociologique prioritairement (Camilleri *et al.*, 1990) et des dynamiques identitaires développées par (Kaddouri, 2005, 2006) que nous présenterons au chapitre 3. Une analyse des événements et des éléments des récits à partir des tensions identitaires qu'ils ont générées, des ressources et stratégies qui ont été mobilisées pour les résoudre ou les réduire, etc., a été réalisée, permettant d'identifier les dynamiques identitaires individuelles tout au long de l'année (cf. Annexe 8). Par la suite, les ressemblances et dissemblances entre ces différents parcours ont été mises en évidence et discutées dans le chapitre 12.

Détermination et analyse des événements

Les événements retenus pour une analyse approfondie sont ceux qui ont généré prioritairement des tensions identitaires. L'événement, par l'élément de rupture qu'il représente (nous le développerons au chapitre 5), questionne les repères identitaires. Il ne se vit pas en extériorité car il est un bouleversement qui n'a pu être anticipé et se vit dans l'après-coup. Il constitue une rencontre entre intériorité et extériorité, entre psychique et social, il est porteur d'émotion et d'affect. Il sollicite donc la reconstruction du sens.

Nous avons dans un premier temps mis en évidence les événements communs ou proches vécus par toutes les NP. Dans notre hypothèse, ceux-ci peuvent représenter des étapes

incontournables, inhérentes au processus de l'insertion. Ainsi en va-t-il du fait de « travailler seule en responsabilité pour la première fois », et d'« être en conflit » dans le cadre de l'équipe de soins ou avec les médecins. La rencontre avec les patients, ainsi que les soins réalisés ont été à l'origine de nombreuses tensions identitaires : la confrontation à la fin de vie et à la mort a fait événement pour la plupart. D'autres événements ne concernaient que trois ou quatre NP, néanmoins l'importance de leur effet et les remises en question/risques qu'ils pouvaient représenter pour l'insertion méritaient une attention particulière, par exemple « les erreurs » ou « l'encadrement des stagiaires » et le changement de posture qu'ils demandaient. Se découvrir soi-même différente à ce qu'elles imaginaient en réponse au comportement d'un patient a également représenté une épreuve pour certaines d'entre elles.

Face au nombre et à la richesse des événements relevés, une délimitation s'est avérée nécessaire. En fonction de notre souhait d'analyser le processus d'insertion dans le cadre d'une équipe de soins, nous avons décidé de développer les événements dans lesquels l'interaction avec les pairs était très présente. De ce fait, le traitement des événements en lien avec les patients où la relation était prioritairement soignante-soigné a été abandonné. Ils mériteraient une thèse en eux-mêmes. Nous nous sommes donc limitée aux cinq événements suivants : 1. travailler seule en responsabilité pour la première fois ; 2. de l'autre côté du miroir : hier stagiaire, et soudainement personne de référence ; 3. les erreurs ; 4. les conflits au sein de l'équipe disciplinaire ; 5. les conflits NP et médecins.

Chacun de ces événements a été théorisé comme un phénomène en soi. Le lien entre événement et dynamique identitaire constitue le fil rouge du développement de chacun d'eux et de la thèse. Certains concepts et théories sont venus renforcer l'analyse et la théorisation, principalement en regard de l'insertion dans le collectif et de ses enjeux pour la pratique. Il s'agit de la sécurité psychologique au travail (*team psychological safety*) d'Edmondson (1999) pour les événements 3 à 5 ; de la théorie de l'erreur humaine de Reason (1990/2013) pour les erreurs, et de la théorie des communautés de pratique de Wenger (1998/2009) pour les différents conflits.

2.4 Synthèse et perspectives

Les cinq événements ont fait l'objet d'une synthèse dans le chapitre 11 qui articule les différentes théorisations afin de faire ressortir les spécificités de l'insertion à travers les obstacles rencontrés, les besoins des NP pour développer leur pratique, leur compréhension de leur rôle professionnel et s'insérer dans une équipe, les ressources individuelles et collectives mobilisées, ainsi que les conditions de travail et leur impact. Dans le chapitre 12, les événements sont réinsérés dans l'entier du parcours de la première année de travail. Les tendances des dynamiques identitaires des sept NP, entre similitudes et différences, sont présentées en mettant en évidence le rôle joué par les événements à ce niveau mais également les autres éléments qui n'ont pas fait événement, mais qui ont permis de compenser certains effets délétères des événements, de renforcer et de soutenir une identité professionnelle en construction.

A partir de notre compréhension du phénomène de l'insertion, nous concluons au chapitre 13 par des recommandations pour la formation et les milieux professionnels qui accueillent des NP. Notre recherche ne concerne que sept NP (dix avec les trois premières NP) et ne prétend donc pas à la généralisation. Néanmoins, la théorisation et la comparaison avec les recherches internationales sur le sujet donnent de la validité à nos analyses. Nous suggérons donc un certain nombre de pistes afin de davantage préparer les étudiantes aux obstacles prévisibles de la transition et accompagner la transition et le développement professionnel des NP afin d'assurer la sécurité (des patients, des NP, des institutions), la satisfaction au travail et la rétention de personnel.

3. Identité et dynamiques identitaires : apport théorique

Le concept d'identité est le fil rouge pour l'analyse des données empiriques. Nous allons donc dans un premier temps le définir d'un point de vue théorique. Nous nous centrerons dans le chapitre suivant sur l'évolution de la construction identitaire des nouvelles professionnelles infirmières durant la première année de travail post-diplôme. Nous l'étudierons ici sous l'angle individuel, puis nous en ferons ressortir les grandes tendances dans le chapitre 12. Pour ce faire, nous nous référerons prioritairement au concept de *dynamiques identitaires* selon la typologie proposée par Mokhtar Kaddouri (2005, 2006).

3.1 Concept d'identité, repérage historique

Si la notion d'identité est un sujet de préoccupation depuis longtemps, c'est dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle que le concept lui-même a été défini et a pris de plus en plus d'ampleur, tant dans le langage courant que dans de multiples champs disciplinaires. Cette montée en puissance soudaine est à inscrire dans un contexte historique, celui de la modernité. Dès la fin du 19^{ème} siècle, la modernité commence à mettre en lumière des exigences *d'affirmation de l'individu* (Halpern, 2009; Kaufmann, 2004; Martuccelli, 2008), qui oblige progressivement chacun à s'interroger sur qui il est et quelle est sa place dans le monde. Auparavant, comme le souligne Kaufmann (2004), « l'individu intégré dans la communauté traditionnelle, tout en se vivant concrètement comme un individu particulier, ne se posait pas de problèmes identitaires tels que nous les entendons aujourd'hui » (p. 17). En effet, les identités étaient essentiellement assignées en regard de l'appartenance à une classe sociale. Les institutions (Ecole, Eglise, Famille, etc.) étaient fortes, fixaient les normes et les valeurs de référence.

Dans le courant du 20^{ème} siècle, les institutions vont être de plus en plus remises en question, et, parallèlement, l'injonction à l'individualisation devient toujours plus forte. Il en résulte que « l'individu est une "invention" de la modernité issue de la cassure des anciens liens communautaires » (Martuccelli, 2002, p.12). L'affaiblissement des normes sociales, l'effacement de la tradition vont placer l'individu face à un monde plein d'incertitudes, en même temps qu'il lui sera demandé de définir sa propre identité. C'est donc ce mouvement historique à l'œuvre qui va favoriser l'émergence des questions identitaires.

D'une identité-essence à une identité-construction

Pour les philosophes, pendant des millénaires, il s'est agi avant tout d'essayer de connaître et de définir ce qu'est l'être humain, en général et en particulier. Ceci renvoie au « connais-toi toi-même » de Socrate. Cette conception de l'identité postule, « préalablement à l'acte de connaissance et/ou de discours, un objet doté de permanence et d'unité, et désigné selon les cas sous les termes de personne, de soi ou d'identité » (Barbier, 2006, p.22). L'identité était donc vue surtout comme un état, une constance : une identité-essence.

Au 20^{ème} siècle, cette conception commence à se modifier pour devenir plus dynamique. Freud est désigné comme le précurseur de la réflexion contemporaine autour de cette thématique bien qu'il n'ait pas défini le concept en tant que tel. Pour lui, puis pour le courant psychanalytique, l'accent a surtout été mis sur les processus d'identification, leur impact sur la construction de soi, mais pas sur le résultat lui-même. La découverte du rôle de l'inconscient remettait en question l'idée d'unité de l'individu et de la conscience puisqu'un pan de la personne échappait à sa propre compréhension. L'importance de l'autre dans la construction de soi est bien présente chez Freud, mais n'a pas encore la composante dialectique et dynamique qui va être développée par la suite. L'autre est plutôt vu comme faisant partie de l'environnement du sujet et l'influençant de ce fait (Camilleri *et al.*, 1990; De Gaulejac, 2006).

G.H. Mead, sociologue, précurseur de la psychosociologie, va donner une valeur beaucoup plus forte aux interactions. Parlant de conscience de soi (*self*), - le concept d'identité n'était pas encore disponible dans les années 30 - il a défini que « le soi est moins une substance qu'un processus » (1963, cité par Kaufmann, 2004, p.32). Il y décrit l'individu comme « un vaste système d'interactions internes en prise sur un environnement social lui-même profondément marqué par un contexte historique précis » (*Ibid.*). Autrui n'est donc pas juste un élément externe mais il est constitutif du soi, fortement ancré dans un tissu social avec lequel il interagit. Individu, société et histoire doivent donc être traités en simultanéité et jamais de manière séparée.

C'est Erikson, psychanalyste et anthropologue qui, dans les années 60, a véritablement élaboré rigoureusement le concept d'identité. Il est le premier à avoir analysé la problématique identitaire de manière interdisciplinaire, la dimension psychosociale ne pouvant être développée selon lui à travers les notions de la psychanalyse (Marc, 2005). Erikson a présenté l'identité comme un processus évolutif, permanent, sur l'entier de la vie humaine. Huit étapes charnières correspondant à huit âges du cycle de vie ont été mises en évidence. Ces étapes se manifestent par des *crises identitaires* nécessitant des remaniements afin de retrouver un équilibre, un bien-être psychosocial.

Le mot crise, du reste, n'est ici employé que dans un contexte évolutif, non point pour désigner une menace de catastrophe mais un tournant, une période cruciale de vulnérabilité accrue et de potentialité accentuée et, partant, la source ontogénétique de force créatrice mais aussi de déséquilibre. (Erikson, 1972, p.98)

L'adolescence est un moment tout-à-fait charnière du développement identitaire où sont remaniées toutes les identifications signifiantes du passé afin de les transformer pour en faire « un tout raisonnablement cohérent et spécifique » (*Ibid.*, p.168) qu'Erikson nomme *l'identité finale*. Le reproche qui lui a été fait est de proposer une lecture ambiguë de l'identité : si elle est perpétuellement évolutive, elle n'est donc jamais finalisée. L'entrée dans l'analyse de l'identité par la crise sous-tend que c'est cette dernière qui déclenche les mouvements identitaires et, qu'une fois résolue, elle devrait conduire à une identité stable jusqu'à la crise suivante (Camilleri *et al.*, 1990; Kaufmann, 2004). Malgré ces critiques, Erikson s'est clairement distancé d'une identité-essence pour mettre en évidence une identité-construction.

Un concept « fourre-tout » à définir

Si Erikson est reconnu comme le père du concept d'identité, nous pouvons voir comment la modernité en avait préparé l'avènement. L'individualisation de plus en plus marquée, ainsi que la montée en force des revendications des minorités dans les années 60 (droits civiques des noirs, des femmes, des gays, etc.) créaient un terrain tout à fait favorable à son émergence. Le concept venait mettre des mots sur des questions très présentes à tous les niveaux de la société. Cela explique probablement l'appropriation très large du concept tant dans le domaine publique que scientifique. Le corolaire en a été un « usage sauvage » qui en a fait un concept fourre-tout, allant jusqu'à une remise en question de la pertinence de son utilisation. Partant de là, une nécessité forte de le définir avec plus de précision et de finesse est devenue évidente. En effet, chaque science humaine voulait délimiter le concept à son champ disciplinaire spécifique, ce qui générait à chaque fois de nouvelles difficultés. La dissociation sociologie / psychologie, l'une centrée sur les appartenances et les rôles, l'autre sur le désir, l'inconscient et le sujet, excluait ou opposait des éléments essentiels à la compréhension de la construction identitaire. Le concept d'identité ne pouvait être opérant que dans une logique interdisciplinaire, au risque d'une fragilité méthodologique. C'est la psychologie sociale qui a proposé une construction du concept qui, si elle n'est pas complète, lui donne au moins une assise scientifique.

Les questions identitaires n'ont rien perdu de leur force dans la fin du 20^{ème} et le début du 21^{ème} siècle. Au contraire, elles sont encore renforcées par le développement d'une pensée « post-moderne » qui met l'accent sur l'historicité, les significations accordées par l'acteur à ses activités, les subjectivités, les transactions et compromis entre acteurs. Parallèlement, la mise en place de nouveaux modèles de production et d'organisation sociale privilégient les logiques de flexibilité, de gestion intégrée en situation et de participation formalisée des acteurs à cette gestion (Barbier, 2006). Le sujet se trouve donc à devoir toujours plus réfléchir à qui il était, qui il est, qui il devient au travers de ses activités, de ses relations, en lien avec la place qu'il occupe dans les différents environnements auxquels il participe. Cette conception, plutôt intégrative, évite un certain nombre de dichotomies (objectif-subjectif, personnel-social-culturel, cognitif-affectif, etc.) qui diminuaient le potentiel d'analyse de l'identité. Elle met l'accent sur l'intérêt pour le sujet et table sur son potentiel d'évolution, de changement, tout en tenant compte de ses appartenances et des environnements dans lesquels il évolue.

3.2 L'identité, un processus de construction permanente, en interaction avec autrui

Nous nous positionnons dans une conception de l'identité, constructiviste et interactionniste : l'identité n'est pas une donnée permanente et stable, mais, au contraire, un processus de construction constant, permettant à l'individu d'intégrer ses différentes expériences dans un tout plus ou moins cohérent, structuré et opérationnel pour avoir un sentiment d'unité et de continuité (Camilleri *et al.*, 1990). Ce processus n'est pas un travail solitaire mais il se réalise dans l'interaction avec autrui, dans l'altérité qui permet la prise de conscience de soi. Il est toujours contextualisé, se développant au travers des activités et des environnements. L'identité est donc située. Elle renvoie autant à des

critères de définition d'un sujet qu'à un sentiment interne se manifestant à travers des sentiments d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance (Mucchielli, 2009).

L'identité possède une dimension objective : l'individu possède un nom, une généalogie, un patrimoine génétique spécifique, etc. C'est sa « carte d'identité », unique. Elle est toutefois très loin de suffire à le définir, tant à ses yeux qu'à ceux des autres. L'identité est avant tout subjective, renvoyant à la conscience de soi du sujet, et proposant une définition de soi-même à autrui. Elle présente deux caractéristiques fondamentales qui peuvent paraître paradoxales : d'une part, elle renvoie au sentiment d'être unique, singulier et constant dans le temps et l'espace. Autrement dit, le sujet se reconnaît lui-même, différent des autres, et permanent au travers de son histoire malgré tous les changements et les expériences (je suis la même personne du début à la fin de ma vie). Cette reconnaissance vient autant du sujet que des autres avec qui il interagit (Bourgeois, 2006a; Marc, 2009). D'autre part, comme l'identité se construit essentiellement dans les interactions sociales et les activités du sujet, elle est également changeante et évolutive dans le temps et l'espace. Certains auteurs vont jusqu'à parler d'identités multiples. En ce qui nous concerne, nous rejoignons Camilleri *et al.* (1990) et considérons l'identité comme un tout, structuré, plus ou moins cohérent et fonctionnel, présentant de multiples facettes adaptées aux divers contextes d'action de l'individu. Il en découle, comme le souligne Lipiansky (2008), que l'identité est « en même temps, un état et un mouvement, un acquis et un projet, une réalité et une virtualité » (p.35).

La psychologie met en évidence différents sous-processus qui participent de manière intriquée à la construction identitaire tout au long de la vie (Lipiansky, 2008; Marc, 2009):

- *L'individuation* ou la *différenciation* : l'individu prend conscience de sa singularité par rapport aux autres, ce qui lui permet de se reconnaître lui-même et de reconnaître les autres.
- *L'identification* : par ce processus, l'individu tend à se rendre similaire aux autres, se trouve des modèles qui serviront d'étayage à sa construction identitaire. Comme le souligne Barbier (2006), l'identité n'est pas l'objet des démarches d'identification, elle en est le résultat.
- *L'attribution et l'introjection* : l'identité est aussi le produit de l'intériorisation des images et des évaluations fournies par les autres significatifs.
- La *valorisation narcissique* : le soi est investi affectivement, positivement. Ceci est à la base de la confiance en soi, de l'estime de soi.
- La *conservation* : qui donne le sentiment de continuité temporelle et de permanence.
- La *réalisation* : l'identité s'ouvre sur l'avenir et la possibilité de tendre vers un idéal et un projet d'accomplissement de soi.

Tous ces processus sont étroitement intriqués et voguent en permanence entre besoin d'affirmation de soi et besoin d'appartenance. Cela renvoie à la notion d'identité personnelle et sociale, toutes deux s'articulant en permanence.

Identité personnelle et sociale

L'identité *personnelle* permet à l'individu de se faire une représentation de soi comme un être singulier, unique, lui donnant un sentiment de cohérence, de stabilité et d'historicité. Elle peut s'analyser à trois niveaux, interdépendants (Bourgeois, 2006a; Malewska-Peyre, 2000) :

- Le sujet se définit sur une ligne « similitude-différence » en référence au-x groupe-s dont il perçoit les membres semblables à lui et dans lesquels il s'investit (*endogroupe*) par rapport aux groupes auxquels il n'appartient pas (*hors-groupe*). J.-P. Codol (1984) a démontré que moins l'individu est impliqué dans un groupe, plus il a tendance à voir des similitudes entre ses membres (caricaturalement, pour un blanc, tous les noirs se ressemblent, et vice-versa). Il accepte aussi plus facilement les similitudes entre lui et les autres quand le point de référence est lui-même plutôt qu'autrui. Une connaissance plus fine de soi-même et de ses proches ainsi qu'une recherche d'affirmation de soi expliquent probablement cette tendance.
- L'individu a plusieurs groupes de référence et d'appartenance qu'il s'est créés au cours du temps. En fonction de ce qu'il recherche, de ce qu'il désire, de ce dont il a besoin, il va les hiérarchiser subjectivement et adapter ses engagements en conséquence. Cette intériorisation différente des collectifs va modifier son identité personnelle. Il en résulte que, même si des personnes sont membres de plusieurs groupes communs, leur identité se développera différemment en fonction de la diversité de leurs investissements.
- Des caractéristiques individuelles vont aussi le différencier des autres membres du groupe à l'intérieur duquel il évolue (sexe, âge, expériences antérieures, etc.).

Dans sa composante *sociale*, l'identité se réfère au sentiment d'appartenance d'un individu à un groupe, à la représentation qu'il y a de sa place, et à la valorisation qu'il retire de son affiliation. En intégrant un groupe, le sujet se voit attribuer des caractéristiques propres à ce collectif. Ces identités sont donc plus ou moins assignées et prescrites (Tajfel, 1978 cité par Malewska-Peyre, 2000). Le sujet ne va pourtant pas assimiler ces caractéristiques telles quelles : il va les discuter, en accepter des parties, en rejeter d'autres. Elles vont donc entrer dans des configurations, des combinaisons mobilisées en fonction des contextes spécifiques. Les groupes d'appartenance étant multiples, les combinaisons le sont également.

De façon évidente, les identités personnelle et sociale ne sont pas dissociées mais interdépendantes, elles se coproduisent. « On ne saurait donc parler d'une dichotomie entre les deux dimensions fondamentales de l'identité. Il convient plutôt de les considérer comme les deux pôles d'une même configuration, avec accentuation variable de l'une et de l'autre selon les situations » (*Ibid.*, p.24). Comme le souligne De Gaulejac (2006) :

L'identité est un point d'intersection de deux irréductibles : l'irréductible psychique, qui se fonde sur un désir d'être, et l'irréductible social, qui fonde l'existence

individuelle à partir de sa place dans une lignée (dans la diachronie) et de sa position dans la société (dans la synchronie). (p.178)

Pour Dubar (2006), sociologue, l'identité est le produit des socialisations successives : « La socialisation devient un processus de construction, déconstruction et reconstruction d'identités liées aux diverses sphères d'activité (notamment professionnelle) que chacun rencontre au cours de sa vie et dont il doit apprendre à devenir acteur » (p.10). Il positionne l'acteur social sur deux axes d'identification :

Un axe « synchronique », lié à un contexte d'action et à une définition de situation, dans un espace donné, culturellement marqué, et un axe « diachronique », lié à une trajectoire subjective et à une interprétation de l'histoire personnelle, socialement construite. C'est à l'articulation de ces deux axes que se jouent les manières dont chacun se définit, à la fois comme acteur d'un système déterminé et produit d'une trajectoire spécifique. (p.11)

C'est donc au point de rencontre entre histoire singulière, activité et contexte situationnel que se retravaillent constamment les différentes composantes de l'identité.

Identité et une construction représentationnelle

Concernant les définitions plus formelles de l'identité, deux auteurs méritent encore d'être cités : Barbier et Kaddouri.

Pour Barbier (2006), « l'identité se donne d'abord à voir comme une construction mentale et/ou discursive opérée par des sujets » (p.20). Elle est donc une *construction représentationnelle*. Celle-ci est issue de *démarches d'identifications*, ce qui implique que cette construction a toujours une part d'attribution. Elle s'appuie sur *des constructions de sens* définies « comme des mises en relation entre des représentations issues d'autres moments de la trajectoire d'un sujet » (*Ibid.*, p.23). Quand la mise en relation de ces représentations permet de trouver une unité aux activités attribuables à un individu, nous pouvons parler de *représentations identitaires*. Celles-ci permettent au sujet de trouver une unité personnelle et une continuité temporelle. Ces représentations ne sont pas seulement cognitives : « elles impliquent des sujets engagés dans une histoire, ce qui permet précisément les constructions de sens ; elles s'accompagnent généralement d'affects et induisent des affects » (*Ibid.*, p.25).

Les identités sont des *constructions discursives et communicationnelles, opérées par les sujets eux-mêmes et/ou leurs autrui significatifs*. Elles permettent de se définir face à soi-même et face aux autres, dans des *représentations de soi par soi* (du sujet sur lui-même et/ou des images de lui-même qu'il propose aux autres) et *de soi par autrui* (des images du sujet qui lui sont données par autrui, étiquetage). Ces constructions se font dans le même mouvement en relation avec les activités du sujet et son environnement d'action. Barbier considère que « ces constructions sont solidaires dans leur émergence et leurs transformations. En ce sens, une "théorie des identités" n'est en effet pas distinguable d'une "théorie des activités humaines" » (*Ibid.*, p.34).

Kaddouri (2002b, 2006) définit 3 composantes de l'identité : une est *héritée*, liée aux origines socio-familiales, à différents aspects qui sont héréditaires, certains

potentiellement modifiables, d'autres pas puisque même si le sujet souhaitait les changer, les autres les lui renverraient forcément par leur regard. Une autre composante est *acquise*, se construisant à travers les rôles sociaux joués. La troisième composante est *visée*, renvoyant au projet du sujet pour lui-même. Ces projets peuvent être *de soi pour soi* (projet identitaire envisagé), c'est-à-dire visant à réduire un écart perçu entre l'identité acquise et celle qui est désirée. Les projets de soi pour soi donnent du sens à la vie, répondent à des besoins existentiels. D'autres projets sont dits *de soi pour autrui* (projet identitaire prescrit). Face à un projet identitaire d'autrui pour soi (par exemple, des modèles de comportements valorisés par une institution pour être un bon étudiant ou un bon salarié qui réponde aux exigences et aux buts poursuivis), le sujet va tenter de faire coïncider son projet avec celui d'autrui. Ou alors, il va tenter de réduire l'écart par rapport aux attentes perçues d'autrui significatifs, qu'elles soient explicitées ou imaginées. Nous retrouvons ici des processus de projection ou d'introjection. La différence entre projet de soi pour soi ou soi pour autrui est loin d'être toujours évidente. En effet, le sujet peut avoir introjeté le projet d'autrui pour lui à tel point que celui-ci n'est plus perçu comme émanant d'un autre. Au final, c'est la cohérence qu'il pourra trouver entre ces différentes composantes de son identité qui vont donner au sujet un sentiment de continuité, de cohérence et de permanence.

Nous retenons donc que l'identité est une construction permanente permettant à l'individu d'avoir une représentation de lui-même cohérente, stable et fonctionnelle. Elle se fait à travers deux grands processus interdépendants et paradoxaux. L'un vise à donner au sujet un sentiment de permanence : par cette représentation de soi, il va chercher à se voir et à se faire reconnaître dans une unité et une continuité. L'autre le renvoie au sentiment de changement, à la mouvance et à la pluralité de ses représentations de soi en fonction des interactions sociales et des environnements multiples dans lesquels il s'inscrit et/ou se projette.

3.3 Tensions identitaires

Si l'identité se décline de façon différente en fonction des contextes et des nombreuses appartenances, elle « n'est pas une représentation unique et monolithique, mais plutôt une configuration particulière de représentations plurielles de soi, qui peuvent parfois diverger entre elles et, en outre, changer dans le temps » (Bourgeois, 2006a, p.67). Selon les circonstances, l'individu va mobiliser de façon dominante une composante de son identité, par exemple la composante professionnelle lors d'interactions au travail, il n'empêche que celle-ci « trouve son point d'appui et d'ancrage dans la totalité qui lui donne sens » (Kaddouri, 2002b, p.42). Ces dimensions multiples qui doivent être articulées expliquent qu'inévitablement, à un moment où à un autre, elles seront perçues comme contradictoires ou concurrentes entre elles. Des tensions apparaîtront alors.

Types de tensions identitaires

Les tensions identitaires peuvent apparaître à de multiples niveaux (Bourgeois, 2006a) :

- Entre Soi/Soi : lors de discrédance entre soi actuel et soi idéal, ou entre soi actuel et soi normatif
- Entre Soi/Autruï : il peut s'agir de discordance entre sa propre image et celle que les autres ont ou qu'on croit qu'ils ont. Ou alors lors de décalage entre l'image que le sujet a de lui tel qu'il est et celle qu'il imagine que les autres voudraient qu'ils soient, ou encore entre celle qu'il a et celle qu'il voudrait donner aux autres.
- Entre les différents groupes d'appartenances
- Entre les différents rôles sociaux : entre privé et professionnel par exemple.

Kaddouri le souligne, la construction identitaire « ne se fait pas de façon décontextualisée mais en interaction entre les identités héritées et les identités visées » (*Ibid.*, p.123). Des contradictions, des incompatibilités entre les différentes composantes de l'identité vont être à l'origine de *tensions identitaires* qu'il nomme *intrapsychiques* quand elles s'inscrivent dans la dimension temporelle de l'individu (entre composantes héritée, actuelle et visée de l'identité). Il parle de *tensions intersubjectives* quand elles sont liées aux relations avec les autrui significatifs. Les dichotomies entre projet de soi pour soi et de soi pour autrui en sont des causes fréquentes.

La théorie des tensions identitaires de Higgins

La théorie des tensions identitaires de Higgins (Bourgeois, 2006a; E. T. Higgins, 1987) « porte sur les croyances incompatibles (selfdiscrepancies) des sujets au niveau des représentations de soi et sur les conséquences émotionnelles qui en découlent » (Neuvill & Van Dam, 2006, p.150). Pour Higgins, deux dimensions cognitives soutiennent les représentations de soi. La première, qu'il appelle les domaines du soi (*domains of the self*,) est constituée de trois formes de soi : le *Soi actuel* qui se réfère à l'image de soi tel qu'on est, le *Soi idéal* qui se réfère à l'image de soi tel qu'on voudrait être et le *Soi normatif* qui se réfère à l'image de soi tel qu'on devrait être. La seconde dimension concerne ce que l'auteur nomme les points de vue sur soi (*Standpoints on the self*) : le *point de vue personnel* du sujet sur lui-même et le *point de vue d'autres significatifs*, c'est-à-dire le point de vue sur soi que le sujet attribue à ses autrui significatifs. Le croisement d'un point de vue sur soi et d'un domaine du soi constitue un type de *représentation de soi*. Les discrédances entre les types de représentations de soi sont à l'origine de tensions identitaires.

		Domaines du soi		
		Soi actuel	Soi idéal	Soi normatif
Points de vue sur soi	Personnel	Soi actuel / Personnel	Soi idéal / Personnel	Soi normatif / Personnel
	Des autrui significatifs	Soi actuel / Autrui	Soi idéal / Autrui	Soi normatif / Autrui

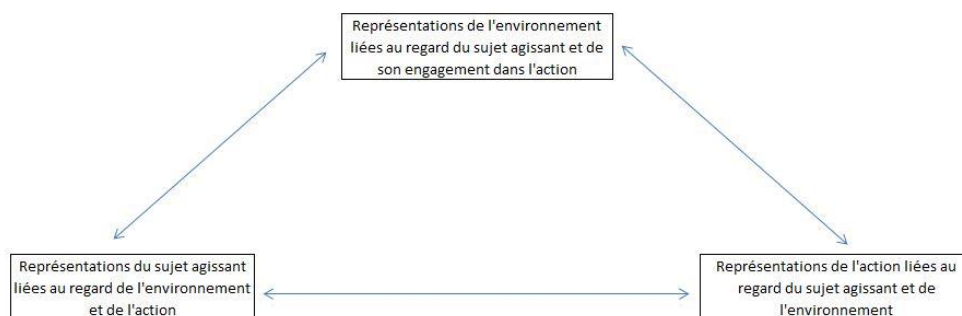
Figure 3 Traduit de Neuvill et Van Dam (2006, p.151)

Higgins met en évidence des corrélations entre certaines représentations de soi et leur signification motivationnelle. Soi actuel/personnel et soi actuel/autrui correspondent à la représentation de soi (*self-concept*). Les autres dimensions (Soi idéal/personnel, soi idéal/autrui, soi normatif/personnel, soi normatif/autrui) sont considérés comme des guides du soi (*self-guides*). « La théorie des self-discrepancy postule que nous sommes motivés à atteindre une condition où il y a une concordance entre notre self-concept et nos self-guides » (E. T. Higgins, 1987, p.321).

Selon Higgins, il est possible d’anticiper des vulnérabilités émotionnelles en fonction des types de tensions identitaires ressenties (Bourgeois, 2006a; E. T. Higgins, 1987). Schématiquement, les écarts entre soi actuel et soi idéal s’accompagnent surtout d’émotions de l’ordre de la frustration, de l’insatisfaction, de la tristesse, de la dépression. L’individu a le sentiment de ne pas parvenir à atteindre des résultats positifs. Les écarts entre soi actuel et soi normatif renvoient surtout à des résultats négatifs. Ce sont la honte, la culpabilité et l’anxiété qui en découlent principalement. Dans les faits, il y a beaucoup plus de nuances mais les tendances sont néanmoins clairement observables. Ceci explique que les tensions entre soi actuel/soi normatif et soi actuel/soi idéal semblent jouer un rôle motivationnel important pour la formation, sans toutefois négliger les autres dimensions.

Barbier: interdépendance entre représentations du sujet, de l’activité et de l’environnement et génération d’affects identitaires

Nous l’avons dit, pour Barbier, une théorie de l’identité est indissociable d’une théorie de l’activité humaine. Il postule qu’« à chaque unité d’action d’un sujet correspond probablement chez ce dernier une représentation de lui-même comme sujet agissant dans cette action » (Barbier, 2006, p.35). Cette représentation est limitée dans le temps, transitoire, il n’empêche qu’elle va s’articuler avec les expériences antérieures et participer à la construction identitaire. D’autre part, le niveau de congruence que l’individu va trouver entre ses représentations d’une action particulière et des représentations identitaires plus durables peut faire apparaître des tensions se manifestant par des affects, *plaisir* ou *souffrance*, qui vont jouer un rôle majeur pour son engagement dans des activités futures. Les représentations de l’environnement (social, organisationnel, etc.) vont jouer un rôle similaire. Schématiquement, nous pourrions nous représenter ces trois types de représentations de la manière suivante :



Les trois représentations tendent à se transformer ensemble ou pas. Par exemple, si une activité d'un sujet est valorisée par un autrui significatif, il est fort probable que lui-même va aussi la valoriser et qu'il en retira une représentation de soi par soi positive. Ce mouvement peut générer une renarcissisation chez un sujet. Barbier postule « qu'il existe autant de représentations identitaires qu'il existe de champs d'activités investis de sens par un sujet et que ces représentations identitaires entretiennent entre elles les mêmes relations que les champs d'activités correspondants » (*Ibid.*, p.38).

Les constructions que les sujets opèrent autour de leurs activités sont en transformation constante et leur articulation peut générer des affects identitaires. Les sujets ont deux types de représentations sur leur activité. Les unes sont dites *finalisées* quand le sujet articule l'objet de l'activité, ses ressources et son activité elle-même. Ces représentations sont relatives à des *existants*, par exemples des règles de pratique, elles sont susceptibles de se modifier sans cesse. Elles sont qualitatives et fonctionnelles : ce sont des *représentations évaluatives*. Elles jouent un rôle essentiel dans la représentation du soi actuel du sujet. D'autres représentations sont *finalisantes* : elles se réfèrent aux objectifs, aux projets ou à des évaluations. Elles sont relatives à ce qui est *souhaitable*, elles sont *anticipatrices* ou *rétrospectives* par rapport aux activités du sujet, elles se modifient ou sont susceptibles de le faire constamment : ce sont des *représentations attributives de valeur*. Elles renvoient le sujet à son soi idéal, « "soi idéal" devant être compris comme tel qu'il est élaboré "en situation" par le sujet » (Barbier, 2006, p.43). Pour lui, il est probable que la dynamique des actions d'un sujet est liée à l'articulation des représentations finalisées et finalisantes.

Ces mises en relation des représentations identitaires, entre elles dans l'ici et maintenant et avec celles issues de l'histoire du sujet, vont faire apparaître des cohérences et des tensions, accompagnées d'affects. Elles peuvent être sources de plaisir identitaire s'il y a congruence (affect positif) ou sources de souffrance identitaire si elles génèrent des tensions (affect négatif).

Tension identitaire : entre déséquilibre et mobilisation

Pour Kaddouri (2011), « la tension est tout autant source de rupture de l'équilibre que possibilité d'action pour son rétablissement » (p.76). Concernant les *tensions identitaires*, elles peuvent être particulièrement difficiles à vivre et le sujet peut être tenté de cliver les différents pans de son identité afin de les éliminer et ainsi, se protéger. Il n'empêche, quand une dimension est atteinte de façon majeure, par exemple par la remise en question de valeurs essentielles, elle va forcément influencer les autres et provoquer une crise globale de l'identité. Les tensions sont alors *structurelles*. Par exemple, confrontées à la souffrance et/ou à la mort, des infirmières s'interrogent sur le sens du travail qu'elles réalisent. Ce questionnement s'élargit fréquemment au sens de la vie avec des répercussions sur leur propre vie et les liens avec leur entourage. Les tensions identitaires peuvent se manifester par des conflits de loyauté quand le sujet ne parvient plus à concilier différentes dimensions de son identité. C'est le cas quand des valeurs ou des attentes de différents groupes d'appartenance apparaissent contradictoires. Ces situations peuvent

aller jusqu'à la *névrose de classe* décrite par De Gauléjac (1992) qui met bien en évidence comment un individu peut se sentir écartelé entre deux mondes qui paraissent inconciliables et qui pourtant le constitue, et auxquels il désire plus ou moins appartenir.

D'autres tensions sont *conjoncturelles*, n'atteignant pas les fondements de l'identité mais demandant tout du moins des réaménagements. Et finalement certaines tensions sont *latentes* : elles peuvent être ressenties mais tolérées, ou alors n'être pas du tout perçues. « Le destin de ces tensions dépendra en grande partie du degré de leur incompatibilité, de la nature des réponses qu'elles exigent, ainsi que du niveau de capacité du sujet à les confronter » (Kaddouri, 2011, p.77). C'est parfois dans l'après-coup, quand il se sentira mieux parce que des changements sont intervenus, que le sujet réalisera qu'il vivait des tensions.

Nous retenons donc que les tensions identitaires apparaissent quand le sujet perçoit des discordances entre les différentes dimensions de son identité : entre les différents temps de son histoire, entre ses différentes activités, entre ses rôles sociaux, ses groupes d'appartenance, etc. S'influençant en permanence, interdépendants, le sujet, son activité et son environnement jouent un rôle dans l'émergence et l'intensité des tensions perçues, même si, parfois, une des composantes est plus touchée que les autres. Les tensions vont se manifester diversement en fonction des instances concernées : des tensions soi/soi (intrapsychique), soi/autrui (intersubjective), soi actuel/soi idéal, soi actuel/soi normatif. Ces tensions génèrent des affects négatifs que le sujet va tenter de résoudre afin de retrouver un bien-être identitaire.

3.4 Stratégies identitaires et modalités de régulation des tensions identitaires

Comme nous l'avons vu, les tensions identitaires, par l'inconfort, voire la souffrance qu'elles génèrent, sont à la fois source de déséquilibre mais également de mobilisation pour le sujet afin de les résoudre au travers de modalités de régulation. Certains auteurs (Kastersztein, 1990; Lipianski, 1990; Malewska-Peyre, 1990, 2000) les nomment *stratégies identitaires*, terminologie qui sous-tendrait qu'elles sont contrôlées, maîtrisées, logiques et rationnelles alors que souvent il n'en est rien. A l'instar des tensions qui peuvent ne pas être conscientes, les stratégies identitaires ne sont de loin pas toujours claires et définies, orientées vers un objectif déterminé. Il en découle que ce terme doit être compris avec nuance, la dimension stratégique d'une action pouvant se révéler dans l'après-coup, au moment où la tension identitaire, celle-là-même qui pouvait être latente, tend à s'atténuer. Parfois, les sources de tensions sont suffisamment claires pour que le sujet puisse mettre en place volontairement un plan de résolution du conflit interne qu'il vit, même si tous les tenants et les aboutissants ne sont pas perçus. Il s'agira donc pour lui d'élaborer des procédures (de manière consciente ou non), orientées vers des finalités (explicitées ou non), et prenant en compte les interactions et les éléments déterminants du contexte de la situation vécue (Camilleri *et al.*, 1990). Les stratégies identitaires peuvent ainsi se définir comme « l'ensemble des conduites et des mécanismes (cognitifs, affectifs, défensifs...) qu'un sujet met en œuvre pour obtenir la reconnaissance d'autrui,

défendre une cohérence identitaire et une image positive de lui-même » (Lipiansky, 2008, p.48).

Buts des stratégies identitaires

Les modalités de régulation des tensions identitaires visent en premier lieu à préserver/obtenir une *identité positive* mais aussi à éviter/s'éloigner d'une *identité négative* (Bourgeois, 2006a; Malewska-Peyre, 1990). Le sentiment d'une identité positive est relié à la conviction d'avoir des qualités, de pouvoir influencer sur l'environnement, d'avoir une maîtrise des événements et d'obtenir un regard positif des autres sur soi. L'identité négative est source de souffrance car elle est induite par un sentiment d'impuissance, une faible considération de l'extérieur. Elle est d'autant plus violente quand l'individu a le sentiment d'être l'objet d'un jugement indépendant de ses actes. Ces perceptions sont souvent fortement liées aux attentes des autres. Si celles-ci sont négatives, elles sont source d'angoisse, entre autres par l'anticipation de l'échec, le tout étant exacerbé quand l'autre est une personne de référence pour le sujet (Malewska-Peyre, 1990). Face aux affects induits par la tension identitaire, le sujet peut s'engager dans des manœuvres d'approche ou alors d'évitement. Pour atteindre l'image positive de soi visée, il pourra, par exemple, se lancer dans des formations ou des démarches qui lui permettront de s'en rapprocher le plus possible ou au moins de diminuer l'écart perçu. Au contraire, si le sujet a le sentiment qu'il ne pourra pas atteindre ses objectifs, ou alors que ceux-ci lui sont imposés par d'autres et qu'il n'y adhère pas (projet d'autrui pour soi), il va agir de manière à éviter cette confrontation. Selon E. T. Higgins (1987), la régulation des tensions de type « approche » est plus reliée aux émotions de type dépression induites par les tensions soi actuel/soi idéal alors que l'évitement est plus induit par l'anxiété générée par les tensions soi actuel/soi normatif. Il estime aussi que l'état de bien-être apparaît au bout de la démarche de résolution que l'individu a réalisée alors que d'autres auteurs pensent que les tensions diminuent déjà au décours du processus.

Dans tous les cas, ce qui est recherché en priorité, c'est la *reconnaissance*, de soi par soi, mais aussi de soi par autrui. Le sujet recherche autant une reconnaissance de son existence que de sa valeur (Todorov, 1995).

Appartenance à un groupe : Besoins, tensions et stratégies identitaires

Le besoin de reconnaissance est autant lié à l'identité individuelle que sociale. L'appartenance à un groupe est toujours teintée d'ambivalence : à la fois le sujet ressent le désir de se lier, de se trouver relativement similaire à ses pairs, et en même temps l'autre est toujours menaçant soit par le jugement négatif qu'il pourrait renvoyer, soit par sa capacité à influencer, donc à faire changer (Lipianski, 1990). Il en découle que, face au groupe, l'individu va développer des stratégies lui permettant à la fois d'être inclus (recherche de similitude) tout en existant en tant que membre spécifique (recherche de différenciation).

L'appartenance à un groupe génère un certain nombre de besoins identitaires (Marc, 2005) :

- Le *besoin d'exister* : c'est le premier besoin, se sentir exister aux yeux des autres. En ce sens, susciter un intérêt, même négatif, est préférable à l'indifférence. Découlant directement de ce besoin, nous trouvons le *besoin de se sentir en sécurité* dans le groupe.
- Le *besoin d'intégration* : il s'agit de se sentir membre du groupe, d'y avoir une place. Ce besoin répond à deux mouvements : d'une part, l'individu, par identification, retire une valeur identitaire personnelle en regard de la valeur du groupe d'appartenance. D'autre part, il a besoin de considération, d'acceptation. Le sentiment d'être à la bonne place n'est pas seulement lié à la place elle-même, mais à la comparaison qui est faite avec celle occupée par d'autres (comparaison sociale).
- Le *besoin de valorisation* : le regard positif d'autrui sur soi est fondamental à l'estime de soi. C'est un besoin narcissique fondamental, support du sentiment d'identité. Le défaut de valorisation génère un sentiment de fragilité identitaire.
- Le *besoin de contrôle* : s'il a besoin d'être intégré, le sujet a également besoin de se sentir comme un individu autonome, capable de décider de sa vie, d'influencer son environnement. Cette maîtrise sur des éléments de sa vie, de ses activités, lui évite le sentiment de perdre son identité au sein du groupe.
- Le *besoin d'individuation* : renvoie au besoin d'être reconnu et accepté dans ce qui fait sa différence en tant qu'individu singulier. L'obtention de cette reconnaissance implique une prise de risque, entre autres de rejet, car pour se démarquer, il faut parfois prendre le risque du conflit.

Marc (2005) relève que dans l'intégration dans un groupe, ces besoins apparaissent dans l'ordre précité, dans une forme de hiérarchie. Partant du besoin « simple » d'exister aux yeux d'autrui, l'individu souhaite finalement pouvoir « être lui-même » tout en continuant d'exister aux yeux d'autrui, sans perdre sa place. Nous retrouvons ce double mouvement ambivalent en regard du groupe : être intégré, reconnu semblable et ne pas perdre sa singularité, son libre arbitre. Inévitablement des tensions vont émerger.

Diverses stratégies identitaires permettant de tenter de résoudre ces tensions ont été mises en évidence (Kastersztein, 1990; Lipianski, 1990). Pour démontrer ou prouver son appartenance, la personne pourra *se conformer*, chercher à *s'anonymiser*, voire à *s'assimiler*. Il y a une gradation dans ces 3 stratégies : par la conformisation, le sujet va tenter de correspondre aux attentes perçues pour être accepté même s'il ne les partage pas vraiment. L'anonymat permet de ne pas se faire remarquer, au risque d'une désindividuation. Le sentiment de responsabilité est affaibli, dilué entre tous les membres du groupe, ce qui peut paraître protecteur dans un premier temps. L'assimilation pousse la recherche de similitude jusqu'à se soumettre et accepter toutes les valeurs et normes du groupe.

Nous trouvons également des processus contraires qui vont permettre au sujet de préserver sa singularité s'il se sent menacé. La *différenciation* peut passer par l'adoption de nouvelles conduites, de nouvelles manières de faire ou d'être en relation dans le groupe. Il s'agit d'être autre tout en restant inclus dans le groupe. La *visibilité sociale* pousse le besoin de se démarquer encore plus loin : pour obtenir la pleine reconnaissance de sa différence et ainsi compter, le sujet est prêt à faire des sacrifices majeurs, perdre peut-être une place qui était acquise jusque-là. A l'extrême, par la *singularisation*, le sujet veut être lui sans tenir compte de son environnement. En se considérant si différent des autres, l'individu ne peut plus leur être comparé, mais par contre il s'exclut du groupe. Ces stratégies identitaires peuvent être vues comme des mécanismes de défense visant à se protéger quand les besoins identitaires face au groupe ne sont pas remplis.

Moments de délibération sur soi et stratégies identitaires

Les émotions sont des moteurs très puissants pour entrer dans les démarches de régulation même si elles sont souvent, dans un premier temps, peu clarifiées au niveau mental. Elles peuvent conduire à ce que Barbier (2006) nomme une *délibération sur soi*, c'est-à-dire un retour réflexif qui se réalise par une action explicite de mise en représentation et de gestion de la trajectoire personnelle. Ce qui peut faire émerger ces émotions, ce sont des ruptures dans l'activité habituelle du sujet qui font événement pour lui, pas seulement en regard de l'activité spécifique dans laquelle il est engagé, mais « à propos de son "activité" en général en tant que sujet, c'est-à-dire au regard de la gestion qu'il peut faire de l'ensemble de ses activités » (*Ibid.*, p.49).

Ces délibérations sur soi sont des moments forts de culture de soi, où l'individu se sent *sujet de sa propre vie*. Quatre composantes interviennent dans cette analyse de sa trajectoire personnelle :

1. Le retour réflexif sur les expériences passées permet de se constituer une représentation de sa manière de fonctionner auparavant, ce que Barbier considère comme le « matériau privilégié ». Cette prise de conscience peut être renforcée par les échanges avec les autres significatifs.
2. Ce travail identitaire amène également le sujet à s'interroger sur ses modèles de référence qu'ils soient individuels ou collectifs, sur leur rôle à la fois par rapport à ses activités mais aussi par rapport à lui dans ses activités. Cette deuxième composante constitue l'« outil privilégié ».
3. La manière dont le sujet réagit par ces activités aux affects identitaires ressentis est la troisième composante, le « rôle des acteurs ».
4. La dernière est le résultat des démarches précédentes, c'est-à-dire l'élaboration de stratégies identitaires. « Les stratégies identitaires sont donc des constructions représentationnelles et discursives relatives à ce qu'un sujet souhaite pour lui-même » (*Ibid.*, p.50).

Nous retenons donc que, en réponse à des tensions identitaires perçues, les sujets mettent en place un certain nombre de mécanismes de régulation, de manière plus ou moins consciente, afin de réduire l'écart avec les buts qu'ils poursuivent, ou d'éviter ce qui

génère ces tensions. Ces stratégies visent prioritairement à préserver une bonne image de soi (à ses yeux et à ceux des autres) et à obtenir de la reconnaissance. Ces stratégies peuvent s'apparenter à des mécanismes de défense quand elles visent à protéger une identité que le sujet perçoit comme menacée.

3.5 Dynamiques identitaires

Kaddouri (2006) ajoute une motivation supplémentaire aux modalités de régulation des tensions identitaires : il s'agit de préserver un plaisir qui résulte de la concordance entre l'identité vécue et l'identité visée. Les stratégies identitaires vont dès lors s'avérer très différentes, dépendant de la trajectoire singulière de l'individu et des buts vers lesquels il s'oriente. Il s'intéresse donc à la *dynamique identitaire* qui

joue une fonction d'englobement des différentes composantes qui sont, notamment, les identités (passées, acquises ou visées), les stratégies identitaires, les tensions inter et intra subjectives, le projet de soi pour soi en interaction avec le projet de soi pour autrui. (*Ibid.*, p.128)

Les dynamiques identitaires sont un tout complexe, jamais stabilisé, de construction, déconstruction et reconstruction en vue de réaliser son projet identitaire, donc de donner du sens à sa vie.

D'un point de vue méthodologique, il est important de prendre en compte que les dynamiques identitaires sont des constructions du chercheur qui va interpréter les éléments identitaires, les différentes configurations d'activités des sujets en regard de leurs affects identitaires qu'il a pu récolter ou observer. Il ne s'agit pas d'une détermination par le sujet. Barbier (2006) précise qu' « elles ne doivent en particulier ni être naturalisées, ni être attribuées de manière stable à un sujet » (p.46). Ce construit permet de mettre en évidence certaines régularités malgré la diversité des réactions, en ce sens les dynamiques identitaires sont un outil utile pour mettre en lien les différentes données récoltées à un moment donné de la trajectoire d'un sujet. Il est également nécessaire de prendre en compte que ces dynamiques ne peuvent être réfléchies que dans une inscription dans la durée pour que la trajectoire puisse être perçue.

Typologie des dynamiques identitaires

Kaddouri (2006, 2011) a développé une typologie des dynamiques identitaires en fonction des finalités poursuivies par le sujet :

- *La continuité/entretien identitaire* vise soit à *maintenir* une identité satisfaisante (double concordance entre identité héritée et identité visée, ainsi qu'entre projet de soi pour soi et de soi pour autrui), soit à *se préserver* dans une situation où le sujet est satisfait de son identité, mais a besoin d'autrui pour avoir toutes les ressources nécessaires à la réalisation de son projet. Cette dépendance est potentiellement menaçante, autrui pouvant remettre en cause l'identité acquise : l'autre peut donc être perçu tantôt comme ressource, tantôt comme menace et même souvent ressource et menace simultanément. Pour protéger son identité, le sujet pourra réagir en entrant en conflit pour faire reconnaître son identité, ou en

collaborant, ce qui lui permettra par cette alliance « d'obtenir le soutien ou du moins la neutralisation de l'autrui en question, sans pour autant susciter son hostilité » (Kaddouri, 2006, p.132). Pour finir, il pourra aussi se replier sur lui-même, se retirer de l'interaction, se soumettant ou se résignant à la situation pour protéger son identité menacée.

- *La transformation identitaire* a pour enjeu pour la personne d'abandonner une identité jugée insatisfaisante pour en acquérir une nouvelle. Ce changement peut être spatial, permettant le passage d'un champ d'activité à un autre (*conversion identitaire*) ou alors peut rester dans le même champ mais se manifester à travers une promotion identitaire conduisant à un changement de fonction. Les transformations peuvent aussi être planifiées et s'inscrivent alors dans un changement temporel (formation). Dans ce projet, le sujet peut se sentir soutenu, c'est-à-dire qu'il ressent cohérence et complémentarité entre le projet de soi pour soi et celui de soi pour autrui. En cas de perception de discordance entre le projet de soi pour soi et celui de soi pour autrui, la personne va devoir élaborer des stratégies si ce projet est indispensable pour elle. Elle pourra alors soit s'engager dans une confrontation pour convaincre de la validité de son projet, ou alors le réaliser de manière clandestine, sans soutien institutionnel ou familial.
- *La gestation identitaire* se manifeste dans des périodes où les contenus et contours de l'identité sont peu ou pas stabilisés. Il s'agit plutôt d'un travail latent lors de périodes de remaniement/recomposition des différentes dimensions de l'identité. Le projet poursuivi peut être de trois ordres. Premièrement, la *confirmation de soi* par un autrui significatif (individuel ou collectif). Lui-même est plutôt satisfait de son identité actuelle, mais il a besoin de validation extérieure pour l'entériner. Deuxièmement, suite à une blessure identitaire causée par un autrui dont il est institutionnellement dépendant, il a besoin d'une *reconstruction de soi* pour retrouver son estime de soi et l'identité qui le satisfaisait. Tertio, le sujet peut avoir un projet de *redéfinition de soi* : en effet, les contours de son identité sont trop flous, le sujet se retrouve dans une incertitude identitaires qui l'oblige à se questionner sur le sens de sa vie.
- *La destructivité identitaire* apparaît lors de l'intériorisation d'événements destructeurs ou est l'œuvre d'un autre significatif. La confiance en soi est alors gravement altérée et soit la personne trouve les ressources de sortir de cette situation (résilience), soit il glisse vers le désespoir qui peut le conduire à l'anéantissement de soi.
- *L'anéantissement identitaire* est présent chez des sujets qui méprisent et haïssent leur soi et qui n'ont pas l'énergie pour résister et modifier le processus.

3.6 Intérêts de la dynamique identitaire pour analyser le matériau empirique

Nous l'avons vu, l'identité se construit par un travail permanent d'intégration des nouvelles expériences dans un tout plus ou moins structuré et stable qui donne au sujet un sentiment de cohérence et de continuité. Cette construction est très liée aux

appartenances, à la manière dont l'individu s'investit dans ses groupes de référence. L'entrée dans un premier poste de travail, et dans la vie active de façon plus large, peut être postulée d'emblée comme un moment majeur pour la construction identitaire. En effet, quelle qu'ait été la préparation, il y a un avant et un après, un statut qui change définitivement (de stagiaire à diplômée), un rôle qui doit être assumé en intégralité alors qu'auparavant il y avait en permanence un regard vérificateur. Quelle que soit la profession, l'entrée dans la vie active marque une transition majeure. Les sujets de notre recherche ont tous achevé une formation initiale, être professionnelle était donc une expérience nouvelle. Aucune d'entre elles n'avaient réalisé de stage dans le service qu'elles rejoignent. Ce passage allait donc obligatoirement générer un questionnement sur avant/après et ce qui lie ces moments de vie, d'expérience. En ce sens, tous les prémices d'une remise en question identitaire sont présentes.

La prise de poste implique l'intégration à un nouveau groupe, à un nouvel environnement, avec les enjeux d'appartenance que nous avons vu précédemment. Comme le postule Gamba-Nasica (1999) : « Si toute expérience est interaction et toute interaction est socialisation, le processus d'entrée dans la vie active est posé, par hypothèse, comme une des formes les plus actives de socialisation » (p.26). Selon Dubar (2006), l'identité peut être comprise comme la somme des socialisations successives, nous l'avons vu, les enjeux identitaires sont donc particulièrement vifs dans ces moments d'une socialisation professionnelle qui va forcément remobiliser les socialisations antérieures et actuelles. Dans les soins infirmiers, le travail s'organise le plus souvent sur un mode de travail en équipe, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. En ce sens, le groupe occupe une place très centrale, une collaboration étroite et constante étant indispensable à la réalisation de l'activité. Les collègues sont également le point de référence et les ressources privilégiées des NP. Les enjeux de leur intégration au groupe sont potentiellement très importants tant au niveau cognitif, conatif, qu'affectif.

Ce travail en proximité peut exacerber l'apparition de tensions identitaires, autrui étant proche en permanence dans le discours, le regard et l'agir ensemble. Toute l'ambivalence de l'appartenance au groupe, se sentir membre tout en conservant son autonomie et sa singularité, peut être particulièrement exacerbée dans ce contexte au fonctionnement spécifique. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'à travers ces interactions permanentes, la perception des attentes, réelles ou imaginées, peut être particulièrement prégnante et donc à l'origine de tensions dès les débuts, mais aussi plus tard, à chaque fois qu'un événement viendra remettre en question la place occupée par la NP au sein de l'équipe, que ce soit de son fait ou de celui d'un autre membre de l'équipe. Durant leur formation, les stages duraient de six à huit semaines. Là, même s'il y a des changements de postes, la présence dans l'équipe s'envisage dans la durée, dans un statut de parité qui implique une appartenance différente de celle du stage. Comment évolue cette appartenance dans le courant de la première année ? Comment les NP perçoivent-elles leur intégration au groupe en regard de leurs besoins identitaires ? Quelles satisfactions-insatisfactions en retirent-elles, donc quelles tensions perçoivent-elles et comment les expliquent-elles ? Quelles stratégies identitaires mettent-elles en œuvre afin de répondre à leurs besoins ?

Sur quelles ressources personnelles et sociales se sont-elles appuyées pour dépasser les obstacles rencontrés ?

Si comme le dit Barbier (2006), une théorie des identités est indissociable d'une théorie des activités humaines, les caractéristiques de l'entrée dans la vie active sont un terreau privilégié pour la construction identitaire. Le rôle d'infirmière diplômée que les NP vont devoir jouer est nouveau, il n'a jamais été tenu auparavant dans toutes ses dimensions et ses caractéristiques, même si la formation est censée leur avoir offert un socle favorisant la transition par le jeu de l'alternance. Elles ont eu une formation de généraliste et vont débiter dans des services qui sont spécialisés, forcément il leur manquera au moins des connaissances spécifiques. Nous pouvons imaginer que dans cette découverte, il y aura des activations des trois représentations décrites par Barbier : celle de sujet agissant, celle de l'activité et celle de l'environnement. Dans cette découverte des débuts, il est envisageable qu'il y ait beaucoup de mobilisation des représentations antérieures, même si ces dernières peuvent être récentes, liées à la formation, mais aussi beaucoup plus anciennes, en lien avec ce qui a fondé le projet qui les a conduites à vouloir devenir infirmières. Ce travail réflexif peut être générateur de sécurité mais également d'insécurité et de doute. Les tensions entre soi actuel/soi idéal, soi actuel/soi normatif sont également prévisibles : en étant dans leur nouveau statut, sans véritable sentiment d'appartenance au début, autant le regard de soi sur soi que celui d'autrui sur soi est particulièrement important. Il sera intéressant de voir, comment à travers la résolution des tensions des premières semaines, des premiers mois, ces représentations se stabilisent ou se modifient au fur et à mesure de la première année de travail.

Dans tous les cas, simultanément, l'identité personnelle est dans un moment de changement (acquisition de toutes les caractéristiques permettant des choix de vie adulte à travers l'autonomie offerte par le salaire, etc.). Ceci peut permettre de négocier différemment les investissements dans les groupes d'appartenance, entre autres la famille. Les changements multiples dans la vie tant personnelle que professionnelle pourront eux aussi être à l'origine de tensions identitaires, en fonction des investissements désirés et réalisables dans l'une et dans l'autre.

Ces différentes tensions et stratégies identitaires seront analysées de manière fine à travers l'étude d'événements significatifs relevés par les NP durant leur première année de travail. Avant cela, nous allons présenter un résumé de chaque parcours individuel, l'évolution singulière durant cette année, en nous appuyant sur la notion de *dynamiques identitaires* développée par Kaddouri (2006).

4. Parcours singulier et dynamique identitaire des NP

Les dynamiques identitaires articulent le vécu subjectif de cohérence dans la dimension temporelle de l'individu, les interactions tensionnelles avec les autres significatifs des différents groupes d'appartenance, et les rapports sociaux (culturels, institutionnels) qui surdéterminent les situations d'interaction. La manière dont les NP ont articulé ces différents éléments tensionnels, l'interprétation qu'elles ont faite de ce qui se passe (affectivement, cognitivement, émotionnellement) a déterminé les orientations de leur dynamique identitaire des débuts. Une dynamique identitaire n'est perceptible que dans une certaine durée. Nous avons rencontré les NP pendant toute une année, alors qu'elles venaient de terminer une formation, donc un processus de longue haleine s'achevant par l'acquisition du titre. De là, nous pouvons nous interroger jusqu'à quel point les NP se trouvent dans une logique de continuité ou de rupture. Il est aussi possible de postuler d'emblée une différence entre le début et la fin de la première année professionnelle, le commencement faisant l'objet de multiples découvertes, surprises qui vont aller vers plus de stabilité, tant dans l'activité que dans l'appartenance au groupe si la NP poursuit dans le même poste.

La première étape de l'analyse du matériau empirique a consisté à mettre en évidence la dynamique identitaire de chaque NP et son évolution à partir des tensions identitaires qui l'ont mobilisée durant l'année. Ces parcours singuliers analysés finement ont permis par la suite la mise en évidence des événements, soit parce qu'ils concernaient la plupart d'entre elles, soit parce qu'ils avaient été particulièrement significatifs et importants dans la construction identitaire de deux ou trois personnes. Le lecteur peut s'y référer dans le tome II¹¹, Annexe 8, s'il souhaite des données supplémentaires.

Un résumé de chaque parcours est présenté ici : il met en évidence des caractéristiques de chacune des NP, les grandes tendances des dynamiques identitaires des débuts (3-4 premiers mois) et celles de la suite de l'année. Le lecteur peut se repérer dans la temporalité des NP par le numéro de l'entretien (E1 à 6 selon la chronologie)¹² placé à côté des verbatims.

4.1 Agathe¹³

Agathe, 26 ans, commence son premier travail dans un *service de chirurgie* d'un grand hôpital où elle restera toute l'année. Après une maturité académique, elle a pris une année sabbatique avant de commencer sa formation d'infirmière. C'est une jeune femme qui a en général une opinion réfléchie sur de nombreux sujets, s'exprime volontiers, mais toujours avec modération. Si elle est contrée, elle se tait sans pour autant changer d'avis. Sa formation s'est bien déroulée, elle avait le sentiment d'être au bon endroit. Durant sa

¹¹ Disponible, sur demande, auprès de l'auteur

¹² En moyenne : E1 : 8 semaines, E2 : 17 sem., E3 : 27 sem., E4 : 37 sem., E5, 47 sem., E6 : 56 sem.

¹³ Tous les prénoms sont fictifs afin de protéger l'anonymat des NP. Pour la même raison, les institutions ne seront pas nommées mais définies par le type de structure (ex. grand hôpital public, clinique privée, soins à domicile, etc.).

dernière année, elle s'est installée dans un appartement avec son ami. Elle a vécu dans ce même contexte durant cette première année de travail. Elle dira que c'était une chance que cette étape de vie ait été réalisée avant le diplôme, parce qu'elle ne savait pas comment elle aurait trouvé l'énergie nécessaire à ce commencement de vie de couple simultanément au début de sa vie professionnelle.

Voici en synthèse les caractéristiques du développement identitaire d'Agathe durant cette première année. Dans ses débuts, elle se plaçait simultanément dans une *dynamique de continuité identitaire, avec projet de préservation de soi*, en ce qui concernait les activités, et dans une *dynamique de gestation identitaire visant la confirmation de soi* en ce qui concernait son nouveau statut. Les tensions identitaires prioritaires s'articulaient entre soi actuel/soi idéal (où l'indépendance, l'autonomie et la maîtrise primaient) et soi actuel/soi normatif (relié de façon forte aux attentes institutionnelles perçues à travers le peu de soutien proposé). Les attentes de maîtrise étaient surtout de son fait, liées à sa conception des soins ; celles d'indépendance et d'autonomie étaient surtout induites par l'institution même si elles trouvaient un écho dans les projets d'Agathe. Cela générait une tension entre projet de soi pour soi et projet de soi pour autrui : pour atteindre le niveau de maîtrise désiré, il y avait encore besoin d'apprentissage et de soutien des autrui significatifs et le besoin d'aide n'était pas reconnu par l'institution qui n'offrait ni temps, ni personne pour y parvenir. Heureusement, au niveau des collègues directes du service, le soutien était offert volontiers à la demande, mais le fonctionnement en soi ne légitimait pas ce besoin. Il est à relever que, pourtant, Agathe a pu réguler les tensions de manière suffisante pour pouvoir acquérir une base de sécurité dans son travail et ainsi trouver progressivement une place dans l'équipe et donner satisfaction à sa hiérarchie qui l'a embauchée après le temps d'essai. Le bilan de ses responsables était très bon, alors qu'Agathe s'évaluait plus bas. En dehors de son désir fort d'être excellente, le décalage perçu peut être vu comme une conséquence de ces tensions : les besoins pour réaliser son travail tel qu'elle le désirait n'avaient pas été suffisamment comblés pour qu'elle ait le sentiment d'y être parvenue et, en même temps, elle n'avait pas pu être aussi autonome qu'elle pensait qu'on l'attendait d'elle.

Après le bilan des trois mois, Agathe se positionna dans une dynamique de *continuité identitaire* qui dura pendant le restant de l'année. Elle était clairement diplômée, jouant son rôle dans toutes ses dimensions. Par rapport à ses collègues, la nécessité de préserver son soi était présente, ainsi que par rapport aux médecins, mais elle amorçait aussi une phase d'*entretien du soi* : elle avait déjà de nombreuses ressources (savoirs sur tous les plans de sa pratique, savoir-faire, savoir-être) et elle vivait une double concordance entre son identité héritée et celle qu'elle visait, ainsi qu'entre son projet pour elle-même et son projet pour autrui. Les enjeux de la deuxième partie d'année se posaient surtout au niveau de l'appartenance au groupe. Des tensions sont apparues à la fois dans des conceptions différentes de la manière de jouer son rôle auprès du patient ainsi qu'au niveau de la collaboration. Celles-ci ont amené Agathe à clarifier ses valeurs, ses besoins et ses souhaits sur ces différents plans. Si pour elle, les choses étaient plutôt claires, l'enjeu de

cette deuxième partie d'année se situait autour de l'affirmation de sa-ses différence-s avec la menace potentielle de modifier une place dans l'équipe qui lui était plutôt confortable.

L'évaluation globale de la fin de l'année par elle-même et ses responsables était très positive, l'affirmation de soi était l'élément à continuer de développer. Ce bilan était susceptible d'aider à continuer à renforcer sa confiance en elle. Cette sécurité acquise au travail était la raison pour laquelle elle souhaitait encore rester quelque temps dans ce poste, continuer son développement professionnel en dépensant une énergie moindre que celle de cette première année. Elle était cependant convaincue que ce n'était pas son domaine pour le long terme.

4.2 Charline

Charline avait 23,5 ans au moment de l'obtention de son diplôme. Elle avait choisi de faire sa formation à Fribourg plutôt que dans sa région pour la bonne réputation de l'école. Son parcours durant la formation a été excellent autant en cours qu'en stage. Elle était très satisfaite de son choix initial et fière de son diplôme. Charline se caractérisait par une gaieté habituelle, un grand sens de l'humour et une bonne confiance en soi. Après un mois de vacances, elle a débuté dans son premier poste en octobre 2008.

L'objectif de Charline en sortant de l'école était de travailler dans un service spécifique de psychiatrie aiguë pour adultes. Aucune place n'était disponible, elle a donc opté pour de la chirurgie afin d'asseoir son bagage technique. Comme elle souhaitait *faire carrière*, elle le considérait comme une étape nécessaire. De plus, elle avait apprécié la chirurgie découverte dans un stage et souhaitait approfondir le sujet. Durant la première année, elle a évolué dans deux postes : d'abord, pendant deux mois, dans un service de chirurgie d'une clinique privée ; ensuite dans un service de psychiatrie gériatrique aiguë dans un hôpital public où elle avait fait des stages et travaillé comme aide d'été. Ce changement ne correspondait pas à son projet initial mais les événements l'ont conduite à se réorienter après deux mois.

Durant toute l'année, Charline s'est placée essentiellement dans une *dynamique de continuité identitaire*. Elle a eu certes *besoin d'une confirmation extérieure* de l'acquisition de son nouveau statut, il n'empêche que sa confiance en elle et en ses capacités a toujours été suffisamment forte pour ne pas être altérée par les obstacles qu'elle a rencontrés. Son premier poste fut une épreuve liée au contexte linguistique : alors que l'institution s'annonçait bilingue, le fonctionnement était germanophone. Si Charline pouvait se débrouiller au quotidien dans cette langue, elle ne la maîtrisait pas suffisamment au niveau professionnel pour avoir le sentiment de travailler en sécurité. De plus, les relations avec les collègues, au demeurant fructueuses dans le travail, s'en trouvaient limitées par l'effort nécessaire, ce qui a généré un fort sentiment de solitude. Néanmoins, Charline a été reconnue comme très compétente en quelques semaines et l'ampleur de l'obstacle pour elle n'avait pas été perçue par l'équipe. Elle a été pleinement confirmée dans ses compétences de diplômée, et de fait, malgré l'obstacle linguistique, il n'y a pas eu de menace à l'identité acquise.

Le second poste, en psychiatrie, lui a été proposé opportunément alors qu'elle pensait se réorienter. Elle y avait fait un stage en deuxième année, et elle y retrouva très rapidement des repères. Les liens permanents qu'elle réalisait entre ses expériences de stages et celles actuelles démontraient la continuité qu'elle trouvait dans son parcours professionnel. Toute l'année, elle a cherché à continuer à se former, à développer ses compétences, individuellement mais également par de la formation continue. Dans sa compréhension, son diplôme ne faisait pas d'elle un « produit fini » : ce n'était qu'une étape dans sa vie professionnelle. En ce sens, elle avait le droit et l'envie de continuer à apprendre.

Malgré cette confiance de base, elle avait besoin d'autrui pour poursuivre son développement. Elle a donc ressenti le *besoin de se préserver du regard d'autrui*, surtout dans la dimension relationnelle du rôle. Dans la relation qui est le cœur du soin en psychiatrie, le soignant est son propre outil. Si Charline était consciente qu'elle devait aussi poursuivre le développement de ses compétences dans la conduite des entretiens, il lui était difficile de demander une aide directe à ce niveau. Le regard des autrui significatifs était plus menaçant, identité personnelle et professionnelle étant très intriquées dans ce contexte et cette activité, alors même qu'elle se sentait très bien intégrée dans l'équipe. Elle a utilisé des stratégies détournées pour pouvoir évoluer, entre autres à travers l'observation ciblée de certaines collègues, mais sans demander une supervision directe sur cette activité. Un certain nombre de situations de patients lui ont posé des questions éthiques, tant sur le sens des soins que sur le sens de la vie. D'autres interactions avec des malades psychiques (principalement les dépressifs) lui ont fait découvrir certaines facettes de sa propre personnalité, dans sa difficulté parfois à être empathique ou à supporter de se sentir impuissante à aider parce qu'autrui n'était pas preneur de ce qu'elle lui proposait.

Une autre caractéristique de ce deuxième temps de l'année concerne sa place dans l'équipe, tant dans l'aspect interpersonnel que dans les relations hiérarchiques. Elle travaillait dans une équipe constituée d'infirmières, d'aides, d'ASSC. Elle a débuté avec une vision très égalitaire de l'équipe pour, au fil du temps, prendre la mesure des différences de rôles et de compétences. Cela fut source de nombreuses tensions. La gestion institutionnelle y joua un rôle important. Les relations interdisciplinaires avec les médecins furent à l'origine de nombreux conflits et renforcèrent son questionnement sur la clarification de son rôle et les modes de collaboration.

Il était clair pour elle qu'être infirmière n'était qu'une première étape dans sa carrière : elle envisageait de devenir cadre, PF et/ou infirmière-chef de unité de soins (ICUS). C'était pour elle un projet à moyen terme, il n'empêche que d'emblée un *projet de transformation identitaire* était présent. En fin d'année, les ICUS lui ont proposé de faire la formation de PF, ce qui validait qu'elle en avait le potentiel à leurs yeux. C'était là une reconnaissance majeure de ce qu'elle avait démontré dans les encadrements qui ont été une activité particulièrement importante pour elle. Elle a pourtant choisi d'acquérir encore de l'expérience avant de débiter, il en allait pour elle de sa crédibilité dans le rôle de PF. Elle a donc fini son année dans une *dynamique de continuité identitaire avec projet*

d'entretien de soi essentiellement, où la question centrale était l'équilibre à trouver entre vie privée et vie professionnelle.

4.3 Cléa

Cléa avait 23 ans au moment de l'obtention de son diplôme. Elle a commencé un mois plus tard dans un service de médecine d'un grand hôpital. Elle va y rester toute sa première année. Il ne s'agissait pas de son premier choix : elle avait postulé pour une place en néonatalogie où elle avait fait un stage. Comme rien n'était disponible, elle a accepté cette place, avec une perspective de transfert si un poste venait à se libérer, option qu'elle a annulée après son temps d'essai. Cléa se décrit d'emblée comme une personne qui manque de confiance en elle et est très sensible au regard d'autrui. Être perçue négativement ou être en conflit avec quelqu'un *la tuait à l'intérieur*. Ce trait de caractère a eu beaucoup d'influence sur sa formation et colora fortement cette première expérience professionnelle. Dans le courant de cette première année de travail, elle va s'installer avec son ami après six mois.

Cléa avait vécu très péniblement son statut de stagiaire. Entre le poids du regard évaluatif d'autrui durant les stages, la pression des examens et un travail d'appoint, elle se sentait en surcharge permanente. Elle était donc très pressée que tout cela s'arrête et de pouvoir, enfin, commencer à vivre sa vie. Ses débuts professionnels se sont donc inscrits en partie dans une *dynamique de transformation identitaire* : elle était évidemment à la fin de la transformation amorcée avec son choix professionnel qu'elle faisait remonter au secondaire II, donc sept ans plus tôt. Mais, surtout elle souhaitait ardemment quitter son identité de stagiaire vécue comme infériorisante pour devenir une infirmière diplômée, forme de *promotion identitaire*. Des sept NP, elle est la seule à avoir eu cette expérience de la formation, qui au demeurant fut bonne quant aux résultats. Elle désirait une rupture au niveau statutaire qui se manifesterait pour elle par le fait d'avoir enfin sa place comme membre d'une équipe. Les enjeux relationnels de l'insertion étaient prioritaires pour elle. Elle était toutefois consciente que cette acceptation était dépendante des compétences qu'elle démontrerait.

Ses débuts la renvoyaient également à un certain flou identitaire qui demandait une validation par les autres significatifs. Il y avait un glissement entre la fin de la transformation identitaire et une *dynamique de gestation identitaire avec projet de confirmation de soi* qui s'est installée au fur et à mesure qu'elle a constaté son aptitude à faire son travail. Cléa était plutôt satisfaite d'elle-même mais cherchait la reconnaissance de ses collègues. Le sentiment d'appartenance représentait un indicateur de la fin de la transformation par le sentiment d'exister comme membre de l'équipe, place qui lui était refusée précédemment. Des tensions se sont jouées entre ce double besoin : celui de soutien pour apprendre, développer des compétences et donner satisfaction, et celui d'être une diplômée comme les autres, c'est-à-dire quelqu'un qui sait selon ses représentations. Comme l'accompagnement proposé s'appuyait essentiellement sur la réponse à ses sollicitations, il y avait une potentialité de ne pas répondre adéquatement à des besoins professionnels en regard des besoins interpersonnels. Cependant, dans un premier temps,

l'expérience du monde du travail fut décrite presque exclusivement sur un registre positif. Un de ses anciens camarades de classe lui disait qu'elle vivait dans un conte de fées.

Dans la deuxième partie de l'année, Cléa s'est interrogée sur les décalages entre l'infirmière actuelle qu'elle était et l'infirmière qu'elle souhaitait devenir, tant dans sa pratique que dans ses relations professionnelles, et dans son inscription dans le système de santé en général. Son regard s'est élargi, prenant en compte de plus en plus la globalité du contexte. Il y avait une simultanéité avec sa compréhension accrue de la complexité des situations des patients. Elle se positionnait dans une *dynamique de continuité identitaire avec projet d'entretien de soi et de préservation de soi* puisqu'elle avait encore besoin d'autrui pour asseoir avec plus de force ses acquis et continuer à développer ses compétences. Découvrir qu'elle ne parvenait pas à s'investir et à traiter tous les patients avec le même niveau d'engagement a été difficile à accepter et généra des tensions entre soi actuel et soi idéal. Les conditions de travail étaient parfois l'obstacle qui l'expliquait, mais également un épuisement lié à son besoin d'être parfaite. Le conte de fées s'est effrité durant la seconde moitié de l'année. Après des débuts qui tendaient à voir l'équipe comme un tout, uniforme et homogène, Cléa prit conscience des différences entre autres dans les statuts et dans l'engagement de chacune dans son rôle. Des erreurs et des conflits, surtout avec les médecins, en furent à l'origine.

Cléa a eu à réinterroger son idéal : en effet, dans la durée, elle s'est retrouvée épuisée tant physiquement que psychiquement. La gestion de son énergie et l'organisation vie privée/vie professionnelle ont été des thématiques importantes de la fin de l'année. Si elle n'a pas modifié son idéal, elle a commencé à nuancer les moyens et la manière de l'atteindre. Pour continuer, il était nécessaire qu'elle accepte de lâcher le contrôle en partie pour laisser l'autre (le patient, les collègues) assumer sa part. Si cet apprentissage ne s'est pas fait sans douleur, il n'en a pas moins été bénéfique. Les tensions entre son idéal professionnel, ses attentes personnelles de fille d'un parent malade et les offres de soins qu'elle observait furent source de désillusion et de questionnement sur la manière de tenir dans le temps dans une telle profession. Le bilan de ses compétences par son ICUS était toutefois très positif. Cléa souhaitait encore poursuivre un peu dans ce service, en apprenant à mieux se protéger. La question d'un passage à temps partiel était très présente.

4.4 Elisa

Elisa avait 25,5 ans au moment de l'obtention de son diplôme. Son parcours fut différent de celui des autres NP par son rapport au travail. Elle était sûre de son choix professionnel et voulait travailler comme infirmière. Par contre, elle désirait débiter à temps partiel, à 60 ou 70 %. Elle était déjà mariée durant la formation, son mari avait un travail stable, et elle avait de multiples intérêts dans sa vie. Elle souhaitait d'emblée trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Elle a d'abord recherché une place fixe, entre autres en maternité, mais la demande de temps partiel était un obstacle, ce qui l'a décidée à commencer par de l'Intérim avec des missions de plusieurs jours, voire semaines. Comme elle n'était pas encore déterminée sur le domaine des soins qui l'intéressait le

plus, ce choix lui convenait puisqu'il lui permettait l'exploration de différents milieux. Cette *option stage* ne concernait que la découverte des services de soins, car elle se positionnait en infirmière diplômée, assumant l'intégralité de son rôle. Elle travailla en Intérim pendant quatre mois où elle réalisa quatre missions, dont deux dans le même service. Si elle ne regretta pas les expériences réalisées, elle a estimé que la brièveté des mandats ne lui permettait pas de véritablement évoluer dans son rôle professionnel. Elle a donc décidé de chercher une place pour une longue durée. Par chance, la maternité d'une clinique privée avait une place disponible. Elisa fut embauchée pour 8 mois susceptibles d'être prolongés, pour autant qu'elle accepte d'être à 100 % les trois premiers mois puis de diminuer progressivement. A la fin de sa première année de travail, ce contrat était devenu un contrat de durée indéterminée à 70 %, et on lui proposait de postuler pour devenir ICUS-adjointe. Elle souhaitait continuer là encore un peu, et avait le projet d'un congé sans solde de six mois.

Elisa n'avait fait de stages dans aucun des quatre domaines où elle a travaillé durant cette première année. Elle était certes passée par des secteurs qui avaient des liens, mais il fallait dans tous les cas qu'elle transfère le solide bagage qu'elle avait acquis. C'était une jeune femme sûre d'elle, dynamique et confiante dans ses capacités. La formation lui avait donné satisfaction, et elle avait le sentiment, malgré des manques spécifiques, de posséder une palette d'outils diversifiés sur lesquels elle pouvait s'appuyer, entre autres pour tout ce qui concernait la relation. Par rapport à son appartenance à l'équipe de soins, Elisa avait des attentes assez précises : elle souhaitait travailler dans une ambiance agréable, propice à la collaboration. Par contre, elle ne voulait pas que ces liens interviennent dans sa vie privée. Le choix de l'Intérim en ce sens lui convenait bien. Elle a toutefois dû constater, à la maternité, que travailler 12 heures par horaire, à 100 %, plusieurs mois d'affilée, induisait forcément une implication plus forte dans les relations qu'elle ne l'avait prévu. Elle garda toutefois ces univers distincts.

Les premiers mois s'inscrivirent essentiellement dans une *dynamique de gestation identitaire avec projet de confirmation du soi*, le choix de l'Intérim n'y étant pas étranger. En effet, ses missions se déroulaient dans des lieux où il y avait un besoin immédiat d'une infirmière diplômée : de ce fait, même si son statut de nouvelle professionnelle était connu, il n'était pas réellement pris en compte. L'accueil qui était planifié pour elle était indépendant de son expérience et visait une opérationnalité immédiate. Le travail et les modes de collaboration étaient très différents : aux soins à domicile, elle travailla essentiellement seule au domicile des patients ; au contraire, en psychogériatrie, elle se retrouva cheffe d'équipe, seule infirmière parmi des aides-soignants (AS). Sur un temps si court, il lui était difficile de définir la diplômée qu'elle devenait. Les tensions identitaires étaient intenses entre soi actuel et soi idéal et normatif, mais aussi entre soi/autrui, principalement dans la collaboration avec les AS. Malgré des évaluations très positives et une proposition de travail, l'expérience fut très intense, voire violente. Ceci explique en partie pourquoi les débuts d'Elisa ont été vécus sur le registre de la peur et de l'angoisse.

Dans la deuxième partie de l'année, en maternité, Elisa découvrit un univers qu'elle apprécia beaucoup. S'agissant d'un domaine très spécifique, le transfert de connaissances à réaliser depuis ses expériences antérieures était limité. Cela impliqua que pendant deux mois, elle demeura surtout dans une *dynamique de gestation identitaire avec projet de confirmation du soi*. Par contre, la continuité identitaire était très présente dans son désir permanent de développer ses compétences, les stratégies d'apprentissage qu'elle mettait en œuvre. Cette première année s'inscrivait pleinement dans la continuité de la formation, presque comme une cinquième année selon elle, mais à un autre niveau de responsabilité, s'appuyant sur la volonté personnelle de développement. Cela s'est manifesté de nombreuses façons, entre autres par la participation à de la formation continue à la maternité, mais aussi par son engagement dans un groupe de travail institutionnel. Le cursus d'Elisa était loin d'être standard, elle se différençait par son engagement, son autonomie, son désir de prendre des responsabilités. Elle était peu en recherche de conformité : ses valeurs personnelles et professionnelles la guidaient essentiellement. De ce fait, dans la dynamique de continuité qui fut la sienne par la suite, la dimension *préservation de soi* était moins présente, les enjeux étant peu présents à ce niveau.

Par contre, la dimension *entretien de soi* était centrale. Son identité fut largement reconnue et valorisée, et pourtant elle avait le sentiment que ses propres attentes vis-à-vis d'elle-même ne cessaient d'augmenter. La double concordance entre identité pour soi et pour autrui, ainsi qu'entre l'identité héritée et l'identité visée apparaissait en fin d'année quand il lui fut proposé de postuler pour un poste d'ICUS-adjoint. Travaillant à 70 %, elle était également enfin satisfaite de l'équilibre qu'elle avait trouvé dans sa vie et souhaitait en profiter encore un moment.

4.5 Judith

Judith a obtenu son diplôme à 23,5 ans. Après un mois de congé, elle a commencé début novembre 2008 dans un service de chirurgie d'un grand hôpital (le même qu'Agathe, Roxanne et Cléa) où elle resta toute l'année. Elle avait réalisé son stage final en gynécologie dans cette même institution. Elle aurait souhaité poursuivre dans ce domaine, mais comme il n'y avait pas de place disponible, elle accepta la proposition de la chirurgie car elle y voyait des similitudes et elle appréciait les aspects techniques du travail. Par contre, elle éprouvait quelques craintes car elle s'était surtout occupée de femmes dans sa formation, aimait ce contact et avait quelques inquiétudes à devoir soigner des hommes : elle allait donc devoir apprivoiser l'autre genre.

Judith, à ce moment-là, manquait de confiance en soi et était très perfectionniste : ses attentes vis-à-vis d'elle-même étaient élevées et elles le demeurèrent tout au long de l'année. Son parcours de formation avait été excellent tant d'un point de vue théorique que pratique, et elle était sûre de son choix professionnel. Simultanément à sa prise de poste, Judith s'est installée seule dans son propre appartement. C'était un nouveau mode de vie pour elle, qui lui demandait de trouver de nouveaux repères de fonctionnement. Les débuts s'établirent donc dans une phase de déstabilisation tant professionnelle que

privée. L'équilibre entre ces deux parties de sa vie demeura un questionnement pour elle tout au long de l'année.

Les trois premiers mois furent une période particulièrement critique. Judith se plaçait dans une *dynamique de gestation identitaire avec projet de confirmation de soi*. Comme elle avait terminé son stage dans l'institution, elle possédait déjà une bonne connaissance du fonctionnement institutionnel, tant administratif qu'organisationnel. De ce point de vue, il y avait une continuité entre la formation et la prise de poste. Elle possédait aussi un bagage expérientiel général pour tout ce qui concernait la phase périopératoire. Néanmoins, elle se trouvait dans un service spécialisé : les connaissances spécifiques lui manquaient et pour une perfectionniste comme elle, cela générait un sentiment d'insécurité et de manque de contrôle important. Elle avait besoin d'un regard extérieur pour confirmer son nouveau statut de diplômée et aussi pour l'aider à relativiser ses exigences. Malheureusement, ses débuts s'inscrivirent dans une période de surcharge massive qui a duré au moins deux mois. Son équipe était particulièrement jeune : ils étaient trois de sa promotion, une quatrième les rejoindra après quatre mois, plusieurs diplômées avaient débuté au début de l'été. Les conditions étaient peu favorables pour la rassurer, tant dans sa pratique au quotidien que dans le partage expérientiel. De plus, elle entendait fréquemment des discours virulents contre les infirmières HES de la part de collègues d'autres services de chirurgie. Du coup, les trois premiers mois représentèrent une véritable période de crise où le « choc de la réalité » par rapport aux conditions de la pratique fut massif. Le bilan très positif des ICUS après trois mois, ainsi que le retour à la normale de la charge de travail l'encouragea à poursuivre dans ce service.

Dès la fin du temps d'essai, Judith se vit assigner toutes les activités dévolues aux diplômées, avec les deux particulièrement significatives pour elle : les veilles et l'encadrement des stagiaires. La confirmation identitaire par autrui avait bien eu lieu, néanmoins Judith avait encore beaucoup de doutes sur ses compétences et son niveau de maîtrise. La solitude de la nuit renforçait cela. Elle se positionnait dans une *dynamique de continuité identitaire avec projet de préservation de soi*. A la fin de l'année, le projet d'entretien de soi commença à être plus présent grâce à la sécurisation apportée par une bonne connaissance de tout ce qui était fréquent dans le service et donc la possibilité d'anticiper et d'offrir des soins personnalisés.

Sa désignation comme personne responsable de l'encadrement d'une apprenante ASSC dès le quatrième mois fut à l'origine de nombreuses tensions identitaires. Si Judith se projetait dans cette activité, c'était pour plus tard, quand elle aurait de l'expérience. Se retrouver si tôt dans cette posture était prématuré pour elle. Nous pourrions dire qu'il s'agissait d'une injonction de *transformation identitaire* qu'elle ne souhaitait pas à ce moment-là. Néanmoins, elle s'est investie pleinement dans l'activité tant il était important pour elle que l'apprenante puisse évoluer favorablement. Son niveau d'exigence était là aussi très fort, emplie de doutes sur la qualité de l'accompagnement qu'elle offrait ainsi que sur les enjeux que cette nouvelle activité pouvait avoir sur sa place dans l'équipe. Préserver son identité dans un tel contexte était donc un challenge important. Elle fut validée dans ce qu'elle a entrepris, sans pour autant se sentir sécurisée.

Il ressort de cette première année de Judith, une évaluation très positive par ses pairs et ses supérieures hiérarchiques, en décalage parfois avec la rudesse et la violence de l'expérience vécue. Judith a pu toutefois poser une bonne assise pour poursuivre son évolution, cela malgré des conditions peu favorables et une faiblesse des ressources proposées par l'institution. Même si elle n'était pas convaincue qu'elle souhaitait occuper ce poste sur du long terme, elle désirait poursuivre encore là en bénéficiant des efforts consentis durant l'année qui lui permettait de travailler en dépensant moins d'énergie. Elle était véritablement dans une *dynamique de continuité identitaire, avec projet d'entretien de soi*. Elle décida aussi d'entreprendre la formation de formatrice en entreprise pour les CFC : sans être véritablement dans une dynamique de transformation identitaire, elle s'engageait dans de nouveaux projets lui permettant de développer des compétences dans l'encadrement.

4.6 Roxanne

Roxanne a obtenu son diplôme à 23,5 ans. Elle avait prolongé sa formation de deux mois pour terminer son mémoire de fin d'études en novembre 2008 et souhaitait prendre un peu de temps pour elle avant de commencer à travailler. La prolongation lui permit de constater qu'elle n'appréciait pas l'inactivité. Opportunément, par des collègues de classe, elle trouva un poste d'infirmière remplaçante à 50 % dans un service de soins à domicile. Elle a profité de l'occasion, le temps partiel lui permettant d'amorcer une transition vers le poste qu'elle allait rechercher en milieu somatique aigu pour le printemps, tout en gagnant quand même de l'argent. Elle y a travaillé durant trois mois, à un pourcentage bien supérieur à celui prévu. Elle a ensuite trouvé une place dans un service de médecine d'un grand hôpital à 100 %. Elle y resta jusqu'à la fin de la première année et elle souhaitait poursuivre dans ce service. Durant cette année, elle s'est également installée en couple avec son ami. Ce changement a demandé des adaptations, principalement dans la gestion et la délimitation de l'impact de la vie professionnelle sur la vie privée. Par contre, Roxanne vivait déjà auparavant en colocation, donc elle savait gérer le quotidien de manière autonome.

Le tempérament de Roxanne et son rapport à la vie ont influencé sa manière d'aborder ses premières expériences professionnelles. Elle se disait défaitiste, mais en fait elle était surtout pessimiste : elle se préparait toujours au pire, se construisait des scénarios-catastrophe dans la perspective d'être prête à réagir à toute situation. Elle ne se plaçait donc pas du tout en position de passivité face à la vie, mais plutôt dans une attitude de lutte face à l'adversité qui allait forcément survenir. Elle avait confiance en elle et dans ses compétences, sa formation s'était très bien déroulée tant en stage qu'à l'école. Par son histoire, elle se savait responsable, avec un tempérament de leader ; elle se projetait d'ailleurs dans un poste de responsable. Le choix de débiter en médecine s'inscrivait dans cette perspective de carrière, même s'il ne s'agissait pas forcément du domaine dans lequel elle se voyait à long terme : elle estimait qu'il s'agissait d'un passage incontournable pour qu'on ne lui refuse pas un poste de cheffe le moment venu.

Dans les deux services où elle a travaillé, Roxanne se positionna surtout dans une *dynamique de continuité identitaire avec projet de préservation de soi*. Elle a été reconnue comme une professionnelle très compétente, et a obtenu la confiance de ses pairs. Les tensions identitaires prioritairement ressenties par Roxanne se plaçaient entre soi actuel et soi idéal, ainsi que soi actuel et soi normatif. Chez elle, la part d'idéal et de normativité était difficile à différencier. En effet, son idéal de soignante était souvent proche, voire complètement, une appropriation de ce qu'elle imaginait que les autres attendaient de l'infirmière en général et d'elle en particulier. L'ampleur de ce phénomène la singularisait fortement des autres NP. Ces tensions étaient à l'origine de nombreuses peurs, la principale étant de perdre son diplôme. Tous les événements et incidents, petits et grands, étaient vite perçus comme des menaces. Erreurs, colère de patients, dès que Roxanne avait le sentiment qu'elle était en tort, ou qu'il s'agissait de sa parole contre celle d'autrui, elle s'imaginait qu'un renvoi était possible. Ceci était tout à fait étonnant en regard de la reconnaissance, donc la confirmation identitaire, qu'elle a obtenue rapidement dans ses deux postes, de la part de ses collègues, de ses responsables et des patients. Les soins à domicile lui permirent prioritairement de développer le travail en autonomie.

Dans la deuxième partie de l'année en médecine, Roxanne se plaçait toujours dans une *dynamique de continuité identitaire*, entre *projet de préservation de soi* et *projet d'entretien de soi* qui était le plus présent en fin d'année. Elle avait certes besoin d'être reconnue, mais comme nouvelle professionnelle, un membre compétent de l'équipe ; le passage de stagiaire à diplômée s'était réalisé aux soins à domicile. Elle savait qu'elle avait encore beaucoup à découvrir et apprendre, mais sa confiance en elle et son sentiment d'auto-efficacité étaient bien présents. De plus, Roxane était une personne qui avait une apparence plutôt sûre d'elle, calme et sereine. Cette image qu'elle présentait était une médaille à deux faces : d'un côté, le regard de ses collègues sur elle correspondait à l'image qu'elle cherchait à donner et aux compétences qu'elle démontrait ; d'un autre côté, son attitude était une forme de camouflage de ses doutes, de ses insécurités et de ses besoins, et elle était obligée de demander de l'aide « contre » cette représentation d'elle-même qu'elle proposait.

Des désaccords avec les médecins sur les buts des soins (s'acharner ou accompagner la fin de vie) et la gestion de l'antalgie ont été particulièrement significatifs. D'autre part, son désir de devenir ICUS était renforcé par l'analyse qu'elle faisait de la gestion peu adéquate du personnel et des relations interpersonnelles par son propre chef. Une mauvaise expérience d'encadrement remettait par contre fortement en question sa motivation à devenir PF. Réussir à mieux équilibrer vie privée et vie professionnelle était alors un objectif important.

4.7 Sabina

La première année de travail post-diplôme de Sabina fut une expérience douloureuse, altérant sa confiance en ses compétences et en elle. Elle a obtenu son diplôme à 24,5 ans après un parcours scolaire atypique. Suisse alémanique, elle a choisi de suivre sa

formation d'infirmière en français même s'il existait une section germanophone à la Haute Ecole de Santé de Fribourg.

Elle a débuté à 100 % dans un grand hôpital en Suisse allemande. Répondant à une petite annonce pour une place dans un service de médecine et chirurgie digestive, elle pensait que ce serait un bon défi dans la mesure où elle n'avait pas fait de stage en chirurgie dans sa formation, mais elle était allée en médecine. Ce défi s'est avéré plus difficile qu'elle ne l'avait imaginé : Sabina commit des erreurs et leur gestion par l'ICUS fut insatisfaisante pour elle. La confiance rompue de part et d'autre, Sabina quitta le service après sept mois. Elle s'accorda une pause de six semaines pour réfléchir et commencer à reconstruire une confiance en elle grandement mise à mal. Elle débuta ensuite dans un service de gynécologie, toujours dans la même institution. L'expérience fut plus positive, Sabina y trouva une dynamique d'équipe plus favorable à son développement professionnel. Elle a pu démontrer ses compétences. En fin d'année, elle était en voie de reconstruction de soi, trouvant du plaisir à travailler, même si elle se sentait encore très fragilisée par les événements de son premier poste. Durant cette année, Sabina a vécu en colocation, un nouveau mode de vie à découvrir.

La trajectoire de Sabina durant cette première année fut très différente de celle des autres NP. Si dans son attitude, elle se trouvait dans une *dynamique de gestation identitaire avec projet de confirmation de soi*, elle s'interrogea rapidement elle-même sur son identité des débuts. Dans un univers nouveau (le lieu, l'équipe, les types de patients et de soins), Sabina percevait des manques massifs pour pouvoir agir comme les autres. Finalement, si elle avait le titre, elle se sentait et fonctionnait encore comme quand elle était stagiaire. Elle se percevait donc encore dans une *dynamique de transformation identitaire* pour devenir infirmière : elle y était presque, mais pas vraiment encore. Il n'y avait pas encore véritablement d'identité d'infirmière à faire confirmer par elle ou les autres. Entre ses souhaits et les faits, il y avait une forme de régression perçue, de remise en question de quelque chose d'acquis. Toutefois, toute la nouveauté ainsi que le fait de travailler dans une langue professionnellement différente de la sienne posaient des obstacles suffisamment grands pour légitimer les difficultés qu'elle rencontrait. L'équipe était très jeune, les temps d'échanges sur le travail limités par les options institutionnelles (absence de transmissions orales), ce qui la désécurisait et qu'elle considérait comme des obstacles pour pouvoir développer ses connaissances et ses compétences. Les enjeux apparurent plus fortement après les deux premiers mois (correspondant à la durée d'un stage) où elle était censée avoir pris suffisamment de repères pour passer ce cap de stagiaire à diplômée, entre autres en assumant une charge de travail correspondant à celle des autres membres de l'équipe.

Malheureusement elle commit des erreurs à ce moment-là. Non seulement elle n'avait pas repéré ces erreurs, mais elles eurent pour conséquences que l'ICUS l'allège à nouveau dans sa charge de travail. Sans nier les erreurs, Sabina jugea les conséquences disproportionnées, tant dans le fond que la forme. Les enjeux furent alors clairement de faire reconnaître ses compétences d'infirmière, ce qu'elle parvint à faire dans un premier temps, malgré la pression forte qu'elle ressentait. Quand elle obtint à nouveau

l'autorisation d'élargir ses activités, elle commit une nouvelle erreur. La confiance fut rompue de part et d'autre, conduisant à la décision de stopper là la collaboration. La confiance en soi et en ses compétences de Sabina était gravement altérée, elle se protégeait un peu en remettant en cause l'ICUS. Sabina était convaincue d'avoir sa place dans la profession, mais pas dans ce lieu-là. Elle avait déjà cherché un nouvel emploi avant l'entretien décisionnel avec sa cheffe. Nous le voyons, elle se plaçait dans une *dynamique de gestation identitaire*, avec projet de reconstruction de soi dans un nouvel environnement.

Dans son second poste, les conditions de travail ainsi que la dynamique d'équipe très orientée sur l'apprentissage en commun l'aidèrent progressivement à reprendre confiance. Elle ne se percevait plus comme débutante, les apprentissages réalisés dans son premier poste étant une ressource pour sa nouvelle équipe qu'elle pouvait faire valoir. A travers les retours qu'elle avait, elle fut progressivement confirmée dans son identité d'infirmière diplômée. En fin d'année, elle avait trouvé une sécurité et du plaisir au travail. Elle se positionnait dans une *dynamique de continuité identitaire*, avec pour projet de continuer là pendant un ou deux ans. Pourtant la vulnérabilité était encore bien présente, ce qui la plaçait dans un *projet de préservation de soi*.

Cet aperçu des différents parcours vise à donner une représentation générale des caractéristiques individuelles pour permettre au lecteur de comprendre certaines manières de réagir des NP face aux événements que nous étudierons par la suite et comment ces expériences saillantes s'inscrivent dans un processus plus large.

PARTIE II : Analyse d'événements significatifs de l'insertion professionnelle dans un collectif de travail, ainsi que de leur influence sur la dynamique identitaire des NP

5. L'événement : apport théorique et orientation dans le contexte analysé

C'est l'événement qui a servi de base à l'analyse du matériau empirique. Pour rappel, la trame qui guidait la conduite des entretiens réalisés avec les NP mettait l'accent sur trois moments-clés : les premières fois, les moments où elles se sentaient infirmières et ceux où elles ne se sentaient pas infirmières. Aucun autre critère ou définition n'a été ajouté. Cette centration sur l'événement a donc permis de mettre en évidence ce qui a été significatif pour les NP dans leur prise de poste, puisque, des premières fois, il y en a eu beaucoup mais toutes ne furent pas signifiantes, de même pour les fois où elles se sont senties professionnelles ou non. Chaque jeune infirmière a ainsi choisi de mettre en lumière certaines situations ou incidents plutôt que d'autres et comme la récolte de données s'est étalée sur une année, les traces et les répercussions de ces événements ont également pu être captées. Il est à relever aussi que les NP ne s'adressaient pas à un chercheur lambda mais à une de leur ancienne professeure, ceci pouvant colorer leurs propos et créer une forme de désirabilité. Pourtant, après analyse, il deviendra évident que l'enjeu du temps, la distance avec l'école, les multiples entretiens cliniques, lieux privilégiés pour prendre du recul et construire du sens face aux événements vécus, ont changé les contours de l'interviewer, le rôle de professeure s'atténuant au profit de celui de chercheuse, d'ancienne jeune diplômée, d'infirmière, de formatrice et de personne de confiance.

Comme l'événement est la pierre angulaire de cette deuxième partie, il va être défini de manière fine. Nous présenterons brièvement ensuite les différents événements rapportés par les NP durant cette première année de travail, puis nous expliciterons le choix des événements qui seront développés dans les chapitres suivants.

5.1 L'événement : un concept très actuel et pourtant ancien

Dans la société actuelle, l'événement est omniprésent, objet de toutes les attentions dans les médias par exemple. Les changements qu'il induit sont présentés comme nécessaires, désirables, faisant de la flexibilité et de l'adaptabilité des qualités premières, entre autres dans le monde du travail. Les sciences humaines et sociales s'en sont emparées, et, pourtant, ce ne fut pas toujours le cas. Le rapport à l'événement s'est fortement transformé à travers le temps.

5.1.1 L'événement : ce qui arrive et qui ouvre des possibles

Pour Aristote, l'événement (ou la fortune) est ce qui vient ouvrir des possibles dans un monde où la prédétermination tient une place importante (Dosse, 2010; Guéguen, 2015). Son irruption oblige à redéfinir ce qui était prévu, et par là même ouvre la porte à l'idée d'une liberté humaine d'action et de créativité. Le primat est posé sur le possible et pas sur l'événement.

Dans cette conception, la contingence se différencie en deux formes : l'une procède de la « fortune » (accidentelle, imprévisible) qui peut à tout moment déjouer nos plans, que ce

soit en empêchant ou en facilitant nos actions ; l'autre est une contingence qui s'enracine dans le possible ou le faisable, où nous décidons de faire quelque chose ou pas, d'une certaine manière ou pas.

Toute l'originalité d'Aristote se situe à un double niveau. Elle est d'une part d'avoir mis au jour, au sein même de l'être humain comme « principe » ou « père » de ses actions, une *contingence* qui, tout en étant relative et limitée (on est très loin de l'idée moderne d'une liberté infinie ou d'une liberté d'indifférence), n'en est pas moins ce qui autorise un plan de l'agir humain et permet ainsi de fonder le domaine des « affaires humaines », qui n'est autre que celui de l'éthique et de la politique. (Guéguen, 2015, p.83)

D'autre part, cette conception dédramatise et neutralise l'événement fortuit, le plaçant au second plan.

Dosse (2010), analysant la place de l'événement dans le domaine de l'Histoire, relève qu'à la fin du Moyen-Age, les événements ont une place très importante dans la Chronique, entre autres par les valeurs chevaleresques qu'ils véhiculent. Leur interprétation dépend essentiellement de la religion : « C'est donc à la réalité événementielle de se plier au schéma providentiel et, lorsqu'elle paraît en contredire la logique, c'est notre perception qui est à remettre en cause puisque nos passions nous égarent » (*Ibid.*, p.20). Avec le Siècle des lumières, une certaine laïcisation apparaît, qui ouvre la perspective historique vers un progrès qui dépend de l'initiative humaine, de sa liberté et non d'un inéluctable. Cette émancipation s'inscrit pourtant toujours dans une perspective finalisée du progrès humain. Hegel et Marx entre autres vont valoriser l'événement, reconnaître sa valeur disruptive. Pourtant, le but de sa compréhension est toujours de pouvoir le relier à une cause présente dans le passé, et sa contingence, si elle s'avère trop contradictoire par rapport au processus historique en cours, est considérée comme insignifiante. Une hiérarchisation des temps de l'Histoire est toujours présente : le passé moins bon que le présent qui prépare à un meilleur avenir. Les événements mis en évidence par les historiens sont donc ceux qui induisent un changement irréversible, souhaité et source de progrès.

Selon Nietzsche, l'événement est avant toute chose. Il a une valeur qui peut être décisive, et devient donc un éblouissement, une révélation. Il peut sortir l'homme de l'histoire, le remettre en marche dans le sens de la créativité. L'événement est donc une force éruptive qui requiert des individus d'y trouver la source d'une volonté affirmative. « A la culture du ressentiment et de la culpabilité du christianisme, Nietzsche oppose l'individu souverain, affranchi de la morale des mœurs, "l'homme qui peut promettre" » (*Ibid.*, p.34). Il y a donc passage d'un pôle de réactivité à un autre de l'activité, de la volonté, de la puissance de l'être. Cependant, dans sa conception, le sens de l'événement relève d'un effet produit : il est donc nécessaire de découvrir les causes qui ont contribué à sa survenue.

De manière générale, avant la fin du XIXème siècle, l'événement n'était pas pris en compte en soi au niveau scientifique, car considéré comme éminemment subjectif et individuel. La tendance était plutôt de faire ressortir des permanences et des invariants, ce qui induisait une négation de l'événement. « Tout l'effort du positivisme consiste à

refouler la force disruptive de l'événement pour le pacifier dans un ordre établi » (*Ibid.*, p.29).

5.1.2 L'événement : ce qui m'arrive et laisse des traces significantes

Au début du XXème siècle, Husserl, avec son approche phénoménologique des vécus, donnera de la valeur à l'événement. De fait, il critiquera le modèle de la subjectivité et de l'intériorité élaboré par la philosophie classique, à savoir une conscience close décentrée du sujet, et mettra l'accent sur l'événement comme quelque chose « qui renvoie à une vraie rencontre avec l'altérité, à un devenir autre, à une première fois, à l'immanence d'une réception pleine et entière » (Dosse, 2010, pp.80-81). La puissance transformatrice de l'événement pour le sujet deviendra ainsi capitale. Dans le sillage d'Husserl, Deleuze, conceptualisera l'événement dans sa version actuelle. Il se référera également à Nietzsche, de même qu'à M. Foucault, en essayant « d'élaborer une philosophie de la pure immanence » et « de la vie dans sa dimension de création » (Guéguen, 2015, p.85). Son modèle de l'événement soutiendra l'idée d'une visée émancipatrice de l'homme. L'événement devient ce qui nous arrive, ce qui est premier, à partir de quoi le possible est créé. L'élaboration ultérieure du sens de cet événement tient donc un rôle majeur.

S'appuyant également sur la phénoménologie d'Husserl, C. Romano développe à la fin du XXème siècle une herméneutique de l'événement. Certains lui reprochent d'être trop centré sur l'« advenant », sujet transformé par l'événement, sans tenir compte de son inscription dans des collectivités. Et, finalement, la psychanalyse analyse l'événement surtout sous l'angle du trauma, donc de la trace qu'il laisse derrière lui.

Après cet aperçu de l'évolution historique du concept, nous allons le définir plus finement dans sa conception actuelle, analyser son influence sur le sujet et son devenir, entre autres à travers la recherche de sens qui en découle.

5.2 L'événement, un surgissement, une rupture

« L'événement est surgissement, modification, désordre non prévisible, discontinuité qui atteint le sujet. L'événement peut avoir lieu dans un temps différé de celui de l'interprétation, lorsque d'autres connexions apparaissent et font mesurer ses effets » (Giust-Desprairies, 2004, p.111). Toutes les caractéristiques de l'événement dans son acception actuelle se trouvent là :

- il n'est pas anticipable, car il est premier, ce qui veut dire sans cause : il est lui-même sa propre cause ;
- il arrive à un sujet : il n'est porteur d'aucune neutralité, bien au contraire, il est éminemment subjectif ;
- sa temporalité n'est pas chronologique, linéaire. C'est souvent dans l'après-coup qu'il est perçu à travers les traces qu'il laisse derrière lui ;
- l'ébranlement qu'il génère nécessite de la part du sujet une quête de sens afin de l'intégrer à sa propre histoire. Le sens pourtant ne se sature jamais, mais est retravaillé à la lumière des liens et interprétations ultérieurs que le sujet va réaliser.

L'événement n'est pas simplement ce qui arrive mais bien ce qui arrive à quelqu'un. C'est en ce sens que l'événement *n'est pas*, mais qu'il *y a* événement (Khabbaz, 2004). Il se distingue du fait en ce qu'il est toujours adressé et se manifeste par un excès de subjectivité. « Tant que cet événement ne retentit pas dans le présent d'un sujet et donc tant que le sujet n'en élabore pas la compréhension, il demeure un pur phénomène » (Alexandre, 2004, cité par Dosse, 2015, p.17). Romano définit des événements (pluie, tonnerre, etc.) qui surviennent sans être adressés à quiconque comme des « faits intramondains » : ils me surviennent mais ne me mettent pas en jeu. A l'inverse, l'événement me contraint « à me comprendre autrement, à partir de la faille que l'événement lui-même aura ouverte dans ma propre aventure, en reconfigurant mes possibilités intrinsèques » (Romano, 1998, p.44). L'événement n'est donc jamais objectif comme peut l'être le fait.

Deux événements sont considérés comme prototypiques car ils échappent toujours au sujet : il s'agit de la naissance et de la mort. Laplantine considère également la maladie comme le « prototype de toute situation de crise », comme un phénomène complexe « dans sa triple dimension de perturbation physiologique, de remaniement de la personnalité et de remise en question du rôle et du statut social » (1986, cité dans Lévy, 2006, p.14). Cet événement met alors en relief le jeu de trois dimensions majeures : l'individu et sa construction, la société et ses interprétations de la maladie, les éléments d'observation liés aux symptômes et aux circonstances de la maladie. Les infirmières ne sont pas concernées personnellement par ces trois événements prototypiques. Par contre, elles assistent et accompagnent les sujets qui les vivent, ainsi que leurs proches. Nous pouvons donc nous interroger sur l'impact de cette proximité avec ce qui fait événement pour autrui sur elles-mêmes.

Quel qu'il soit, la puissance de l'impact de l'événement est liée à son imprévisibilité, à l'élément de rupture qu'il représente. En effet, « l'événement résiste à une appréhension du monde, de soi et des autres, qui s'intégrerait naturellement dans nos expériences et nos conceptions préalables. Parce qu'il n'a pas été prévu, anticipé, il met à mal nos systèmes explicatifs et nos savoirs construits, et requiert de ce fait des modes renouvelés d'intelligibilité » (Cifali & Giust-Desprairies, 2006, p.9). C'est en ce sens, que l'événement est à la fois terminaison et commencement. « L'éventualité est ce possible qui ne vient pas de moi mais me sur-vient, auquel je n'accède pas par anticipation mais qui, littéralement, me tombe dessus et me submerge » (Romano, 1998, pp.118-119). L'émotion en est un révélateur fréquent.

L'événement n'a pas de cause : s'il peut être vu comme sa propre cause, c'est dans le sens d'une origine, et en aucun cas comme une cause pour un effet, d'où l'impossibilité d'une anticipation.

« L'événement au sens événemential, en effet, est ce qui éclaire son propre contexte et ne reçoit nullement de sens de lui : il n'en est pas la conséquence explicable à l'aune de possibles préexistants, mais il reconfigure les possibles qui le précèdent et signifie, pour l'advenant, l'avènement d'un nouveau monde. » (*Ibid.*, p.55)

C'est en ce sens que Romano le dit *an-archique*. Le sujet ne peut donc être que réactif face à l'événement, le comprendre et le reconstruire dans l'après-coup. Jean-Luc Marion affranchit aussi l'événement de toute chaîne causale, ce qui le rend irrépétable : « Il s'impose comme un excédent, même s'il dispose d'antécédents, et enfin il ouvre les possibles par sa survenue même ; il commence ainsi une nouvelle série » (Dosse, 2010, pp.94-95).

5.2.1 L'événement et le sujet

L'ébranlement généré par l'événement atteint le sujet et amorce un processus de transformation. Son étrangeté, son imprévisibilité qui ne s'inscrit pas dans les repères connus, oblige le sujet à s'interroger sur lui-même et « son monde » selon Romano, c'est-à-dire sur ses relations et son environnement. C'est en cela que l'événement conduit à se découvrir autre à soi-même, dans une altérité surprenante, dérangement, voire déstructurante. Dans ce contexte événementiel, Romano nomme l'individu face à l'événement l'*advenant* :

L'advenant est celui qui, parce qu'il est capable d'expérience, de cette épreuve insubstituable de l'événement dans laquelle il est lui-même altéré sans retour, a la possibilité de se comprendre *lui-même* en son ipséité à partir des possibles articulés en monde que l'événement a fait surgir, et, par suite, de s'advenir précisément lui-même comme *celui* à qui ce qui arrive arrive. (Romano, 1998, p.73)

La création de ce néologisme a pour but de se démarquer d'une certaine vision d'un sujet, bloqué, volontariste, donc résistant à l'événement. La survenue de l'événement signifie plutôt la fin de ce sujet-là en raison de l'ouverture d'un nouveau monde et de l'altérité à soi-même qu'elle induit. Il y a un avant et un après l'événement, un « qui j'étais » et un « qui je suis et je deviens » suite à cette expérience et l'interprétation que je lui donne. Nous le voyons, l'événement oblige le sujet à s'interroger sur son histoire, sur les liens qu'il établit entre présent, passé et futur, afin de donner du sens à ce qui lui arrive. Comprendre et interpréter sont des comportements de l'advenant :

La compréhension peut être déterminée plus précisément comme un *projet*, c'est-à-dire une manière pour l'advenant de se rapporter à de possibilités interprétatives, qui s'effectue, à chaque fois, selon une *orientation* déterminée... Tout projet compréhensif vise un *sens* qui peut être défini comme une *visée* du projet. (*Ibid.*, p.50)

Cette démarche s'avère donc d'une portée identitaire majeure. Ces possibilités interprétatives, au pluriel, indiquent bien qu'il s'agit d'une construction qui va se rediscuter au fil des expériences et événements ultérieurs, le sens posé initialement pouvant s'en trouver modifié de même que la visée du projet qui en découle. Il en résulte que le sens de l'événement ne se sature jamais.

5.2.2 L'événement et la temporalité

Le retentissement de l'événement peut n'être perçu que bien longtemps après qu'il est survenu, à partir des traces qu'il laisse et qui se réactivent au fur et à mesure des événements futurs. Certains auteurs disent d'ailleurs ces traces spectrales (Dosse, 2010; Laplantine, 2006). « L'essentiel de l'événement se situe en effet dans sa trace, dans ce

qu'il devient de manière non linéaire dans les multiples échos de son après-coup » (Giust-Desprairies & Lévy, 2015, p.25). L'événement ne s'inscrit pas dans une temporalité chronologique, il a la sienne propre. Comme élément de rupture, de discontinuité, il ouvre un nouveau temps à partir de lui.

Pour Deleuze et Guattari, l'événement doit se penser sur deux modes temporels distincts. Premièrement, son effectuation se place dans un état de choses, dans un présent (Chronos), qui fixe les choses et les gens selon une certaine mesure. Le présent seul existe, des liens sont créés avec le passé et le futur. C'est un moment empirique et actuel. Mais, ensuite, l'événement dépasse son effectuation d'où la nécessité d'une autre dimension pour l'appréhender : l'Aiôn, « une éternité paradoxale par laquelle quelque chose d'incorporel, d'ineffectuable, déborde et survit à l'effectuation » (Dosse, 2010, p.157). C'est un temps sans durée, c'est un pur changement qui n'est perceptible qu'après-coup. Cette dimension ne relève que du passé et du futur, c'est un moment transcendantal ou virtuel, la « contre-effectuation » dans l'ordre du sens (Guéguen, 2010). « L'événement n'est pas ce qui arrive (accident), il est dans ce qui arrive le pur exprimé qui nous fait signe et nous attend » (Deleuze, 1969, cité par Dosse, 2010, p.159). Pour Deleuze, les événements sont des flux. Ils se manifestent comme des vibrations aux harmoniques infinies.

Se référant à Romano, Khabbaz (2004) affirme que l'événement, en sa survenue toujours in-tempestive, instaure un monde et temporalise le temps. Il en résulte que :

L'événement n'est donc pas historique, ce qui s'inscrit dans une trame, mais historial, ce qui ouvre une histoire et fonde l'*historialité* toute spécifique de l'advenant qui, parce qu'elle inclut son sens temporel, sa structure d'altérité et sa capacité de compréhension, tous trois prenant acte dans l'expérience comme mise en histoire de la vie individuelle, permet à son tour de penser son *historicité*. (*Ibid.*, p.25)

Pour Arendt (citée par Dosse, 2010, p.119), « l'événement éclaire son propre passé ; il ne peut jamais en être déduit. » Il nous révèle subitement quelque chose d'enfoui dans le passé qui revient en surface. Il serait donc, en même temps que commencement, un achèvement de ce commencement souterrain jusqu'au déchirement temporel qu'il incarne. Avec l'événement tout change, tant au niveau individuel que collectif.

Nous le voyons, l'événement ouvre une brèche entre passé et futur qui demande au sujet un travail de construction de sens afin de lui rendre intelligible ce qui advient, et ce qu'*il* advient dans cette nouvelle configuration.

5.2.3 L'événement et la construction du sens

« L'événement ne se donne jamais dans sa vérité nue, il se manifeste - ce qui implique aussi qu'il est manifesté, c'est-à-dire qu'il résulte d'une production, voire d'une mise en scène : il n'existe pas en dehors de sa construction » (Bensa et Fassin, 2002, cités par Lévy, 2006, p.11). L'excès qu'il génère dans un premier temps, son étrangeté, le rend innommable, inracontable. « L'événement déstabilise la logique du discours explicatif et rend incongrues ou grotesques des formes syntaxiques formées dans l'adéquation parfaite

des mots et des choses » (Laplantine, 2006, p.29). C'est donc dans l'après-coup que le sujet va tenter de comprendre ce qui lui est arrivé. L'événement nécessite l'inscription dans l'historicité de la personne et l'histoire plus large. Il lui faut « partir de ce qui surgit pour tisser des liens et construire du sens ; faire histoire pour lui-même et avec les autres. Un événement n'est donc rien sans une narration » (Affergan, 1997, cité par Cifali, 2006, p. 138).

Pour Ricoeur (1991), « la demande de sens se présente alors comme demande de maîtrise, intellectuelle autant que pratique, de l'aspect exceptionnel de l'événement » (p.43). L'ordre établi a été altéré par l'événement, il est donc nécessaire de créer un nouvel ordre qui le prendra en compte et atténuera le sentiment d'irrationalité qu'il génère. « Un événement doit être plus qu'une occurrence singulière. Une histoire, d'autre part, doit être plus qu'une énumération d'événements dans un ordre sériel, elle doit les organiser dans une totalité intelligible » (Ricoeur, 1991, cité par Dosse, 2010, p.174). Il y a donc nécessité pour le sujet de ce que Ricoeur nomme une *mise en intrigue*, « qui consiste à donner une unité de signification à toutes les péripéties et à tous les événements qui surviennent dans son histoire et affectent son identité » (Michel, 2003, p.128). Cette mise en intrigue provoque une distanciation du réel et permet une configuration de l'expérience temporelle à travers l'acte narratif. Il est à relever que Ricoeur se place au niveau d'une narrativité écrite et non orale.

Un reproche est fait à Ricoeur par certains qui estiment que sa conception de l'événement est trop intégrante, au risque de l'annuler. L'événement ne laisse que des traces donc il n'est pas possible de parvenir à une compréhension totalisante. Il y a toujours quelque chose qui échappe au récit.

L'événement-monde, l'événement-monstre, mais aussi le petit événement apparemment anodin, tous résistent et débordent de toutes parts leur cadre spatio-temporel d'émergence. Ils restent fondamentalement irréductibles à toute forme de mise en discours, de reprise réflexive, à l'effort de rationalisation qui cherche à se les approprier car, comme le dit Derrida, ils sont d'abord ce que je ne comprends pas. Certes, les mécanismes de la compréhension vont se mettre à juste titre en branle, mais s'ils sont utiles, ils échouent inéluctablement à une pleine saturation/suturation du sens. (Dosse, 2010, p.164)

Cette construction de sens est donc bel et bien un processus qui reste toujours ouvert et qui est remis en question au fur et à mesure de la vie du sujet. Le sens donné à l'événement affecte ainsi autant l'avenir que le passé par les réinterprétations successives dont il fait l'objet.

5.2.4 L'événement et le monde du travail à l'heure actuelle

Certains auteurs (Giust-Desprairies & Lévy, 2015; Guéguen, 2015) soulignent avec force les enjeux événementiels de l'époque actuelle. En effet, l'événement est fortement valorisé, devenant presque la norme dans le monde du travail :

A travers la valorisation de la flexibilité, du réseau et du flux, il [le néomanagement] a su faire de la totale exposition à l'événement, corrélée à un processus de désinstitutionnalisation, quelque chose qui aujourd'hui ne relève plus tant d'une

posture subversive que d'une nouvelle norme, contraignante et particulièrement fragilisante pour les individus. (Guéguen, 2015, p.89)

Mettant l'accent sur l'agentivité, l'individualisme, la responsabilité, etc., le néomanagement demande aux travailleurs adaptabilité, créativité, innovation. Parallèlement, les collectifs sont mis à mal, les temps de partage en commun sont remis en question. En ce qui concerne les soins infirmiers, nous constatons de plus en plus de pression sur les temps de transmissions par exemple qui doivent être plus courts, plus ciblés, plus efficaces, laissant croire derrière ces injonctions que jusqu'à présent il s'agissait d'une parole flottante, peu pertinente. A l'instar de Giust-Desprairies et Lévy (2015), nous pouvons donc nous interroger sur le « traitement pour la rencontre avec ce trop-plein qui surgit, dans un contexte social favorisant l'attaque des continuités tout en déniaient les effets de déstabilisation ? » (p.9). Et en particulier, qu'en est-il pour de jeunes diplômées, comment vont-elles pouvoir s'insérer et asseoir leur rôle professionnel dans ce contexte ?

Nous pouvons postuler que le dispositif clinique de cette recherche participait à la construction du sens des événements liés à leur prise de poste que les NP mettaient en discussion :

La démarche clinique est un décentrement, elle s'attache au travail du sens. Mais, si l'expérience immédiate livre d'emblée des significations, elle ne dit pas ce qui les organise, ne donne pas la trame complexe où elles sont prises. Ce qui procède du savoir clinique, c'est précisément l'intelligibilité de cette organisation. (Giust-Desprairies, 2004, p.133)

Le sens élaboré dans ce contexte ne s'est certainement pas saturé : il a été et va être encore rediscuté à travers les traces laissées par l'événement et par ceux qui ont émergé par la suite. Il n'empêche que l'espace des entretiens cliniques peut être vu comme un lieu privilégié pour amorcer l'élaboration du sens de l'expérience vécue. La durée relativement longue de la recherche permet la confrontation à d'autres incidents, des échanges avec d'autres personnes, le tout conduisant à un affinage de la compréhension de ce qui est arrivé. La remise en question (relecture) du passé (entre autres de la formation) et du futur (projets professionnels et/ou personnels) en regard de l'événement a été au cœur de nos échanges.

5.3 Les différents événements rapportés par les NP

Nous avons expliqué au point 2.3.3 que nous avons choisi de sélectionner, pour un développement plus approfondi, des événements où les interactions avec les collègues étaient fréquentes afin d'analyser l'insertion dans le cadre de l'équipe de soins. Toutefois, les événements qui mettaient en lien les NP et leurs patients ont également été hautement significatifs pour elles et nous allons rapidement esquisser en quoi ils consistaient.

5.3.1 Remise en question professionnelle et personnelle provoquée par les soins et la relation au patient

La rencontre avec certains patients a fait événement, remettant en question des croyances et des valeurs. Les *conflits* et les *désaccords* avec les patients et/ou la famille en faisaient

partie, les comportements agressifs étant particulièrement difficiles à supporter (Cléa, Agathe, Roxanne), d'autant plus en regard de l'investissement des NP dans les prises en charge. Il en résultait des sentiments d'injustice face à la réaction du patient, une remise en question de leur motivation par le défaut de reconnaissance, et parfois de la peur face à des patients malades psychiquement. Dans le cadre de la relation soignante-soigné, il leur était difficile de poser les limites de leur tolérance face à ces comportements, entre autres en raison de leur représentation du rôle où elles étaient censées « aider l'autre », dans une logique où elles avaient à se mettre au service de l'autre comme professionnelle, en mettant en retrait leurs propres besoins. Pourtant, elles se sentaient bel et bien attaquées comme personne et comme professionnelle.

L'*altérité* représentée par certains patients fut à l'origine de découverte d'aspects inconnus jusque-là de leur personnalité. Ceci concerna toutes les NP. Plusieurs d'entre elles supportaient très difficilement les patientes (le féminin est délibéré) dépressives, plaintives et/ou très démonstratives. Ceci fut à l'origine de tensions identitaires, les NP se révélant à elles-mêmes moins tolérantes et empathiques qu'elles ne le pensaient et l'auraient souhaité. Le fait qu'il s'agisse de femmes malades est peut-être à interroger en termes d'identification ou de projection qui se jouaient dans le cadre des interactions. *A contrario*, d'autres situations les mobilisaient fortement, peut-être trop selon elles, interrogeant ainsi la bonne distance relationnelle. Les patients jeunes avec des pathologies graves et/ou chroniques étaient prioritairement concernés, de même que certains patients émouvants et isolés socialement. Derrière ceci se trouvait le sentiment que ces personnes étaient confrontées à une injustice de la vie ou que, en raison de leur isolement, ils avaient davantage besoin d'être soutenus et représentés par elles, entre autres face aux médecins.

Ces événements, nous le voyons, dans le questionnement qu'ils généraient dépassaient le cadre professionnel pour toucher l'identité dans toutes ses dimensions. En ce sens, il n'est peut-être pas étonnant qu'elles en ont parlé surtout dans un dialogue intérieur, ou dans un espace protégé tel que celui des entretiens cliniques ou avec des personnes de confiance. Ce sujet n'était pas abordé dans l'espace collectif.

Finalement, certaines prises en charge de patients leur posaient des questions professionnelles et existentielles sur la justesse des soins entrepris en regard des finalités poursuivies : s'agissait-il de soigner, de sauver, de s'acharner ou d'accompagner la fin de vie ? Dans un autre registre, la question de la légitimité éventuelle d'un mensonge pour parvenir à ses fins, lesquelles étaient comprises comme un mieux-être du patient, a été à l'origine de réflexions déontologiques pour Charline et Elisa, de même que la contrainte ou la contention en regard de pathologie psychiatrique. Les situations où les patients étaient démentifiés ou très atteints psychiquement étaient celles qui faisaient l'objet de ces interrogations prioritairement. Le sens de leur travail, de leur rôle, de même que le sens de la vie étaient omniprésents dans leurs préoccupations. Là aussi, il s'agissait de sujets qui se discutaient peu avec les collègues, surtout dans les débuts de l'année, ou alors à un niveau surtout factuel et peu au niveau émotionnel.

5.3.2 Les fins de vie et/ou la mort des patients

La mort est un événement prototypique au même titre que la naissance. Si en l'occurrence il ne s'agit pas de leur propre mort ou de celle de proches, assister, participer à la fin de vie et/ou à la mort de quelqu'un a été marquant pour les NP par les phénomènes d'identification-projection générés. Elles se sont d'autant plus engagées que, par leur comportement et leur activité professionnelle, elles peuvent influencer le vécu par le patient et sa famille de ce moment crucial.

Ce qui fit événement pour les NP survint à différents moments entourant le processus de la mort. Pour certaines, il s'agissait de leur premier contact avec la mort. Parfois, le décès était inattendu, générant un choc, voire une sidération par le constat de sa réalité, de la manière dont la mort se manifestait en regard des représentations qu'elles en avaient. Plusieurs décès sont intervenus la nuit et/ou lorsque les NP étaient seules avec les patients. Les émotions et les images étaient intenses et les poursuivaient bien au-delà de l'horaire de travail, débordant sur la vie privée. Le rapport au corps mort a fait également événement pour certaines. L'accompagnement de la famille était source de plus de doutes et de tensions que l'accompagnement du patient en fin de vie. Les phénomènes de projection étaient particulièrement forts par rapport aux proches.

Ces différentes situations remirent en question leurs représentations de la mort, du « bien-mourir », mais également des soins et de leur motivation pour leur travail. La mort est-elle un échec pour elles, soignantes, ou s'agit-il d'une étape de vie à accompagner, etc. ? Le questionnement s'avérait donc fortement existentiel.

Nous le comprenons sans même les développer, ces événements ont joué un rôle important dans la construction identitaire des NP durant leur première année. Certains aspects seront ponctuellement abordés dans le cadre des cinq événements que nous allons approfondir dans les chapitres suivants. Il s'agit des « premières fois seule en responsabilité », « de l'autre côté du miroir : hier stagiaire, aujourd'hui personne de référence des stagiaires », « les erreurs », « les conflits et désaccords au sein de l'équipe soignante » et « les conflits et désaccords entre NP et médecins ».

6. Travailler seule en responsabilité pour la première fois (TSRPF)

Travailler seule en responsabilité était un but clairement affirmé par la formation. Si l'événement se caractérise par l'imprévu, la rupture, comment le fait de travailler seule en responsabilité peut-il donc en être un ? Ce n'était là que l'aboutissement prévisible de la formation et, pourtant, derrière cette évidence se cachait une réalité autre que celle que les NP avaient anticipée. Les stages, avec la gradation des exigences des compétences leur avaient permis de prendre conscience d'un certain nombre de difficultés liées au fait d'assumer le rôle dans son intégralité. Elles relevaient en particulier les éléments suivants : s'occuper d'un nombre accru de patients, collaborer et déléguer le travail aux aides-soignantes, aux ASSC, veiller seule dans le service :

Moi ce que j'anticipe le plus, je me dis je commencerai à être infirmière quand j'aurai fait mes premières veilles (rire), veilles fin avril que je repousse. Oui, ça j'appréhende, mes premières veilles. (Agathe, E1, p.8¹⁴)

Les NP ont veillé au plus tôt après trois mois dans un service, ce qui a représenté un moment critique comme elles l'imaginaient, par contre elles se sont retrouvées seules dans les prises en charge bien plus précocement. Rien dans les stages ne les avait préparées à ce qu'elles ont ressenti et expérimenté quand elles se sont retrouvées pour la première fois seules en responsabilité. Nous pouvons postuler que la cause principale de cela, c'est tout simplement le fait qu'elles étaient infirmières diplômées pour la première fois.

Toutes les recherches sur la transition de l'école au premier poste mettent en évidence que les quatre à six premiers mois sont vécus par les NP comme une période de stress majeur, où beaucoup de peur et d'angoisse les habitent, ce que nous retrouverons chez la plupart de nos sujets. Certaines parlent de choc de la transition (Boyчук Duchscher, 2009; Boyчук Duchscher & Cowin, 2006) ou d'une période de survie (McKenna & Green, 2004; Newton & McKenna, 2007). Par contre, aucune étude n'a analysé un de ces moments-clés où la nouvelle professionnelle prend la mesure de sa responsabilité et des enjeux pour elle et les autres (patients, collègues), et cela quel que soit le type d'institution dans laquelle elle est engagée. Nous allons donc décortiquer ces différentes situations qui ont fait événement et ont conduit les NP à la prise de conscience de leur nouveau statut et de la responsabilité qu'il impliquait : de quoi sont-elles faites, que mettent-elles en jeu, comment les NP y réagissent-elles, seules et/ou avec le soutien d'autrui, comment TSRPF influence-t-il leur dynamique identitaire ?

¹⁴ Les numéros de page renvoient aux récits de l'Annexe 7

6.1 Caractéristiques des situations TSRPF

6.1.1 Un événement inévitable

De l'expérience vécue par les sept NP, il ressort que le moment de prise de conscience de la responsabilité est inhérent au changement de statut. Tant qu'elles étaient stagiaires, elles pouvaient certes faire « comme si », ce n'est pourtant qu'après le diplôme qu'elles purent prendre la mesure de la différence de ce que c'était que de l'être et de le vivre :

Là, je l'ai ressenti quand même assez fort de tout d'un coup me dire : « voilà, j'ai mon badge d'infirmière diplômée, je suis plus stagiaire et j'ai un rôle à assumer. » Ça, même si en stage on essaie de le faire, c'est moins parlant. (Judith, E1, p.124)

Nous pourrions dire que cette première fois en responsabilité marque l'« incorporation » sur tous les plans (cognitif, physique, affectif et social) que le passage de stagiaire à diplômée est effectif, il n'y a plus de retour possible. Il y a vraiment une sensation physique de poids. Nous sommes donc dans un moment de rupture entre avant et après, où les NP n'ont pas simplement une compréhension intellectuelle du changement de leur position, mais où elles le vivent de fait. En ce sens, d'un point de vue identitaire, c'est un moment majeur qui signe la fin de la formation. Boychuk Duchscher (2009) parle d'un choc de la transition qui dure de un à quatre mois et qui est induit par le passage d'un rôle connu d'étudiante à un rôle méconnu d'infirmière diplômée, une période d'entre-deux. Le niveau de méconnaissance du rôle peut se discuter, la formation en alternance visant à en permettre une connaissance la plus proche possible. Durant la dernière année de formation, les étudiantes sont fortement dans la projection de leur avenir professionnel, et se positionnent moins en tant qu'étudiantes qu'en tant que futures professionnelles. D'ailleurs, Lanza *et al.* (2001), interrogeant une soixantaine de NP engagées dans les 2 années précédentes, relevait que 67 % d'entre elles déclaraient que leur représentation de l'hôpital correspondait en grande partie (55 %), voire tout à fait (12 %) à ce qu'elles avaient rencontré. Le fait d'avoir fait des stages dans l'institution y comptait pour beaucoup, ce qui est le cas pour plusieurs des NP. Pour autant, cela ne veut pas dire que les NP en ont cerné tous les aspects et/ou se sentent prêtes à assumer pleinement leur rôle.

TSRPF pourrait être vu comme le point initial d'un processus de transition qui va se dérouler sur une période de trois à quatre mois. En fonction de la répétition de ces difficultés, de leurs répercussions, des ressources que la NP a pu mobiliser, ressources personnelles (cognitives, instrumentales, psychiques) mais également institutionnelles et interpersonnelles, cette prise de poste a pris une coloration différente pour chacune. Si TSRPF est inévitable, la manière dont ce passage a été réalisé a joué un rôle important pour la confiance en soi mais aussi pour la confiance dans le milieu d'insertion. En cela, il peut être important dans la décision de poursuivre ou non dans le projet initial, voire dans la profession (Newton & McKenna, 2007; Scott *et al.*, 2008).

6.1.2 Un moment inattendu et subi

Une des caractéristiques des situations qui génèrent cet événement, c'est qu'elles sont *subites* et/ou *subies*. La NP s'est retrouvée confrontée à un mandat inattendu pour elle,

tant dans le fond que dans la forme. Il n'y a donc pas eu d'anticipation, et il en ressort un sentiment de manque de maîtrise, de débordement, voire de dépassement par ce qui arrive. Il peut s'agir de situations de soins complexes pour un ou des patients, mais le plus souvent, ce sont des situations de travail « normales » pour une diplômée expérimentée du service qui confrontent la NP aux différentes dimensions du rôle : les soins eux-mêmes avec les connaissances et compétences qu'ils requièrent, mais aussi la composante administrative, organisationnelle, leur place dans l'équipe, dans l'institution, dans le système de santé, etc.

Ce qui a donné l'impression d'inattendu souvent, c'était la *précocité* perçue pour se trouver dans cette posture. Pour rappel, toutes les NP ont débuté dans un service inconnu. TSRPF arrivait pour elles trop tôt en regard du soutien qui leur avait été annoncé, mais aussi par rapport à leurs connaissances spécifiques du service (les pathologies, les patients, l'organisation, les collègues, l'équipe interdisciplinaire). Et c'était surtout trop tôt au niveau de leur sentiment personnel d'être apte à assumer ce qui leur était demandé. Ce fut le cas pour Judith et Agathe qui, après deux jours de présentation générale du service, se virent attribuer leurs patients, sans personne de référence nommée en cas de besoin. Cléa fut seule dès le premier jour. Elle ne s'en plaignit pas au début malgré sa surprise. Par contre, c'est quelque temps plus tard, quand une collègue lui fit remarquer qu'un patient présentait une complication qui lui avait échappée, qu'elle a pris la mesure des enjeux de ce travail précoce en responsabilité et qu'elle a commencé à avoir peur. Sabina se retrouva aussi seule le premier jour suite à un problème d'organisation de son accueil. Quant à Roxanne et Elisa qui débutèrent aux soins à domicile, elles travaillèrent seules de suite selon les spécificités du service.

Le sentiment d'un événement subi était parfois aussi lié au fait de devoir répondre à un projet spécifique d'autrui pour soi alors que la NP ne s'y sentait pas prête. Ce fut le cas pour Agathe qui s'entendit dire :

« C'est bien qu'on te mette des situations comme ça au début, comme ça tu t'y formes. » (Agathe, E1, p.6)

Elle devait s'occuper d'une situation très complexe et instable et elle a considéré ce mandat comme une *mise à l'épreuve*. Les conditions offertes pour l'assumer ne lui paraissaient pas suffisantes pour garantir qu'elle arrive à le réaliser. Pour Elisa, la confrontation à un patient dans une situation particulièrement critique (moment décisionnel pour une éventuelle amputation) a également été une épreuve. S'il lui fut confié uniquement pour des motifs organisationnels, il y avait conscience de l'équipe de la difficulté qu'elle allait rencontrer. Cette situation a pris pour elle une valeur initiatique, nous y reviendrons. Dans tous les cas, que ça soit le travail précoce en responsabilité ou la prise en charge de situations de soins particulièrement ardues, les NP en ont déduit un certain nombre d'attentes implicites de la part de l'institution : autonomie, opérationnalité et efficacité devaient être présentes d'emblée.

La survenue de TSRPF était parfois induite par des contraintes contextuelles : surcharge de travail, manque d'effectif ou constitution particulière de l'équipe en étaient des

éléments centraux. Il est à relever que Judith, Cléa et Agathe, par la suite, ont signalé que ceux qui ont débuté après elles n'avaient pas eu forcément plus de soutien ou de doublage, même si les éléments contextuels n'étaient que peu présents. Il n'en reste pas moins qu'une période de surcharge et/ou un manque d'effectif nécessitait de tous les membres de l'équipe une efficacité maximale et permettait peu de prise en compte du statut particulier des NP que ce soit dans le travail qui leur était confié et le soutien qu'elles pouvaient obtenir (Judith, Sabina, Agathe).

6.1.3 Seule ou seule au milieu des autres ?

Dans leur discours, quand elles parlent de TSRPF, la plupart des NP dit : « la première fois que je me suis retrouvée seule » :

C'est ce qui me faisait le plus peur, de me dire : « maintenant je suis toute seule avec mes patients », entre guillemets toute seule parce qu'on a quand même toujours des ressources à côté. (Judith, E1, p.124)

En fait, à part Roxanne et Elisa aux soins à domicile, aucune n'était effectivement seule : elles travaillaient de jour, au sein d'une équipe. Cela montre bien qu'il s'agit en fait d'un sentiment de solitude (et pas d'une solitude effective) qui devient un synonyme de « porter la responsabilité » :

Alors ça, je l'ai beaucoup ressenti au début, et encore maintenant, c'est vrai de se dire que ces patients sont sous notre responsabilité, c'est nous qui devons faire le suivi. (Ibid.)

Ce sentiment de responsabilité renvoie à la notion d'assumer ses actes et leurs conséquences, sans avoir le garde-fou, pourtant parfois pesant en stage, d'avoir quelqu'un derrière qui valide et rassure. Elles étaient désormais en première ligne :

En tout cas-là, moi, j'ai appris des choses sur moi et c'était différent que, ouais, quand j'étais stagiaire. Parce que c'était moi qui étais là, qui devait résoudre la situation, y a plus personne derrière quand on tourne la tête (rire). (Agathe, E4, p.22)

Elles avaient l'impression de ne pas avoir en main tout ce qui leur était nécessaire pour y arriver. Nous comprenons que cela ait généré stress, peur et angoisse.

Dans d'autres situations, la solitude était effective. Charline s'est retrouvée seule avec la charge d'un service complet (18-20 patients) à son huitième jour de travail, ce qui fut trop pour elle. Elle portait alors plus que la charge de travail normale pour toute nouvelle infirmière, même expérimentée :

Inoubliable ! (rire). Seule dans un service, j'étais tout simplement pas prête. (Charline, E1, p.32)

Quant à Elisa et Roxanne, elles étaient effectivement seules, dans un contexte particulier qui est le domicile des patients. De plus, l'une était en Intérim et l'autre effectuait un remplacement d'une infirmière diplômée : cette particularité interroge la prise en compte

du statut de nouvelle professionnelle dans une mission de durée limitée. Lors de sa deuxième mission en EMS, deux semaines plus tard, Elisa se retrouva encore dans un cas de figure particulier : elle travaillait certes de jour et en équipe, mais elle était la seule avec son statut d'infirmière, ses collègues travaillant sous sa délégation. Nouvelle diplômée, elle était cheffe d'équipe, donc portant à la fois la responsabilité de l'intégralité de son rôle mais aussi celle de l'entier des patients du service et du fonctionnement d'équipe, ce qui était énorme.

Nous le voyons, ces situations qui ont favorisé la prise de conscience par les NP de la responsabilité qu'elles portent étaient liées soit :

- à une attribution précoce d'une charge de travail normale d'infirmière diplômée sans personne de soutien désignée, sans possibilité d'anticiper cette situation, dans un contexte nouveau ;
- à une prise en charge précoce d'une situation de soin particulièrement complexe sur plusieurs plans (savoir, savoir-être, savoir-faire, etc.) ;
- à un contexte particulier où le travail se réalise en indépendance (soins à domicile), ou avec un effectif moindre (surcharge), ou en responsabilité face à l'équipe.

Prises séparément, ces caractéristiques généraient déjà du stress. Quand elles se cumulaient, elles rendirent le vécu des NP particulièrement difficile, ce que nous allons voir maintenant plus en détail.

6.2 Obstacles et ressources individuelles en lien avec TSRPF

Même si elles ont eu le sentiment d'être face à quelque chose de « trop » pour elles, il est important de relever que toutes les NP se sont lancées et ont tenté de faire le mieux possible malgré leurs craintes et leurs doutes. Nous retrouvons là la motivation, l'enthousiasme fréquemment décrit dans les recherches sur l'insertion des NP (Berberat *et al.*, 2007; Monnier & Cambra Duval, 2004) et qui se manifeste à travers l'endurance et la persévérance dont font preuve les NP face aux difficultés (Lanza *et al.*, 2001). Les sept NP ont choisi leur métier, ont envie de travailler et de (se) démontrer ce dont elles sont capables. Elles sont donc d'emblée dans une posture d'engagement dans l'activité, même si l'inquiétude est très présente.

Les situations critiques qui ont favorisé l'émergence de TSRPF présentent de manière cumulée plusieurs, voire tous les obstacles classiques rencontrés par les NP dans leurs débuts : différents « manques » (de connaissances pointues biomédicales, des procédures internes, de maîtrise des soins techniques), une confiance en soi relative, des problèmes structurels (charge de travail, soutien, etc.) (Lanza *et al.*, 2001; Mooney, 2007a; Smith, 2007). C'est vraisemblablement cette accumulation qui en fait pour elles un événement, un moment-charnière dans le passage de la formation à la vie active. Nous allons voir plus finement comment ses obstacles se présentaient, comment ils s'articulaient entre eux et sur quelles ressources principales elles se sont appuyées.

6.2.1 Ressources et limites liées à la formation

Parcours de stages

Nous l'avons déjà dit, toutes les NP ont débuté dans un service où elles n'avaient jamais travaillé auparavant. Pour autant, cela ne veut pas dire qu'elles étaient sans ressources par rapport au domaine spécifique dans lequel elles s'inséraient. En fonction de leur parcours de stages, elles avaient eu l'occasion d'être confrontées soit au même domaine, soit à des spécialités médicales ou à des contextes relativement proches par leur mission, donc partageant un noyau de connaissances et de compétences communes et des proximités dans les soins et les modes organisationnels. De plus, plusieurs NP avaient réalisé un stage dans l'institution où elles étaient employées, elles avaient donc déjà une certaine connaissance du système. Ci-après, nous retrouvons un résumé des parcours de stages ne tenant compte que de ceux qui avaient un lien plus ou moins direct avec le-les poste-s occupé-s durant la première année¹⁵.

Parcours de stage résumé

		Année de formation	Domaines	Institution identique	Remarques
Judith	Stage A (6 sem.)	1	Médecine	x	12 mois en chirurgie
	Stage F (10 sem.)	4	Gynécologie	x	
Charline	Stage B (8 sem.)	2	Médecine		1er poste en chirurgie (8 sem.) / 2ème poste en psychiatrie
	Stage C (8 sem.)	2	Psychiatrie	x	
	Stage D (8 sem.)	3	Chirurgie		
	Stage Mobilité	3	Psychiatrie	x	
	Stage F (10 sem.)	4	Psychiatrie	x	
Sabina	Stage A (6 sem.)	1	Médecine	x	1er poste en chirurgie 7 mois / 2ème poste en gynécologie 5 mois
	Stage B (8 sem.)	2	Médecine		
	Stage E (4 sem.)	4	Soins intensifs		
Roxanne	Stage A (6 sem.)	1	Chirurgie		1er poste aux soins à domicile 3 mois / 2ème poste en médecine 9 mois
	Stage C (8 sem.)	2		x	
	Stage E (4 sem.)	4	Soins à dom		
	Stage F (10 sem.)	4	Gynéco-obstétrique		
Agathe	Stage A (6 sem.)	1	Médecine		12 mois en chirurgie
	Stage Mobilité	3	Gynécologie		
	Stage E (4 sem.)	4	Médecine	x	
	Stage F (10 sem.)	4	Chirurgie		
Elisa	Stage D (8 sem.)	3	Soins palliatifs		1er poste en Intérim (soins à domicile, EMS) 3-4 mois / 2ème poste en maternité 8 mois
	Stage E (4 sem.)	4	Soins intens. Pédiatrie		
	Stage F (10 sem.)	4	Pédiatrie		
Cléa	Stage C (8 sem.)	2	Orthopédie		12 mois en médecine
	Stage D (8 sem.)	3		x	
	Stage E (4 sem.)	4	Anesthésie		
	Stage F (10 sem.)	4	Chirurgie		

Stage possédant des éléments transférables proches

Stage dans le même domaine que le travail

Nous pouvons d'emblée observer une disparité importante entre les NP en ce que concerne le nombre de stages liés directement ou indirectement au domaine spécifique du premier emploi. La durée des stages était aussi variable, allant de quatre à dix semaines. Un autre élément très significatif était leur position dans la chronologie de la formation. Une observation pourrait être faite ici : Sabina n'a eu que des stages indirects avec son futur domaine, ceux-ci s'étant de plus déroulés au tout début de sa formation. Les 4 semaines de soins intensifs, si elles lui ont permis de mobiliser des connaissances

¹⁵ Les parcours de stages globaux se trouvent dans l'Annexe 6

pertinentes pour les futures situations aiguës qu'elle aura à prendre en charge ne peuvent toutefois pas être considérées comme une préparation proche à ce premier poste. Ses autres stages avaient des modes d'organisation très différents de ceux du milieu somatique aigu. Elisa est celle qui a le parcours de stage le plus éloigné des postes qu'elle va occuper. Toutes les deux pourtant ont vécu très différemment leur prise de poste : si pour Sabina, ce qu'elle s'était fixé comme un défi s'est avéré trop ardu, remettant en question ses compétences et son estime d'elle-même, pour Elisa, il en fut autrement. Certes ses débuts furent difficiles, plein de doutes et lourds sous le poids de la responsabilité, elle en est néanmoins ressortie avec un sentiment d'avoir été capable, valorisée et donc renforcée dans son sentiment de compétence. Nous voyons bien que si le parcours de stages a un poids réel sur les débuts, son influence va être contrebalancée par d'autres éléments, entre autres par la manière dont la NP va pouvoir ou non exploiter le bagage acquis durant la formation et ses expériences antérieures.

Connaissances et compétences : ressources et manques

Le manque de connaissances est une pierre d'achoppement fréquente des débuts. Pour les NP HES, généralistes, il est d'emblée évident que plus elles se retrouvent dans un milieu spécialisé, plus elles auront des déficits en lien avec ses spécificités. Néanmoins, pour que le pari de la formation généraliste ait un sens, il faut bien qu'elles puissent avoir suffisamment d'acquis sur les généralités transférables entre les domaines pour pouvoir étayer leur pratique débutante et permettre le développement de nouvelles connaissances et compétences. En ce sens, il est utile de s'interroger sur les manques auxquels elles se sont heurtées : de quoi étaient-ils faits ?, de quel type de savoirs s'agissait-il ?, etc.

Leur manque de connaissances était ce dont elles se plaignaient d'emblée, l'appuyant avec force. Très vite, cependant, elles signalaient qu'elles en possédaient quand même beaucoup, nuançaient en relativisant le niveau de leur déficit. L'analyse de leurs dynamiques identitaires singulières mettait en évidence une représentation de l'infirmière qui sait, qui maîtrise. Si, comme le disent G. Delbos et P. Jorion (1984, cités par Barbier & Galatanu, 2004, p.52), « le savoir, c'est au départ un moyen de se faire reconnaître », cet obstacle peut jouer un rôle important dans la construction identitaire des NP, même s'il est inévitable au début. Ces manques et ces doutes étaient générateurs de tensions identitaires entre soi actuel et soi normatif, ainsi qu'entre soi actuel et soi idéal. A partir de leur discours, nous trouvons :

- des savoirs disponibles, utilisables, qui permettent l'activité ;
- des savoirs partiels, par lesquels les NP réussissent à avoir une « compréhension en gros » des situations, mais qui ne leur permettent pas d'avoir un sentiment de contrôle sur l'activité ;
- des savoirs exclusivement théoriques qui doivent être validés par la pratique pour être reconnus comme justes et utiles ;
- des savoirs manquants ;

C'est la confrontation aux situations rencontrées durant la transition qui les a conduites à ces observations.

Rôle administratif: des connaissances peu valorisées qui prennent soudain de l'importance

La gestion administrative du travail était à l'origine de nombreuses plaintes, la plus grande étant d'avoir l'impression de souler leurs collègues avec une multitude de questions à ce sujet :

Je trouvais presque un petit peu dommage entre guillemets que dans le service, j'ai pas vu une cheffe ou quelqu'un qui prenne mais rien qu'une heure avec moi pour me montrer vraiment les papiers les plus importants. Après je sais qu'on oublie et c'est un peu des bêtises, mais juste me montrer où sont les choses, peut-être juste une heure pour voir un peu la structure et voir où sont les choses parce que là je demandais, je demandais, je demandais. (Agathe, E1, p.3)

Il est intéressant de relever que 6/7 NP avaient fait au moins un stage dans leur institution et donc avaient eu l'occasion d'utiliser les documents d'usage. S'il y a eu des changements, tout n'a certainement pas été modifié depuis leur stage et, même si elles l'ont fait dans un autre service, la manière de demander une radiographie par exemple était similaire. Il semble que durant leur stage, si elles utilisent ces documents, elles ne parviennent pas à en intégrer les principes de fonctionnement. Nous pouvons faire l'hypothèse que dans la priorisation de leurs besoins d'apprentissage, ceux-ci viennent en derniers, d'autant plus qu'elles sont toujours supervisées par une infirmière à qui elles peuvent demander. En plus, la durée des stages peut justifier un investissement moindre à ce niveau, puisqu'elles rencontreront d'autres procédures dans d'autres lieux. Soudainement diplômées, en responsabilité, elles ont besoin de ce savoir administratif et organisationnel. Ce manque qui ne pourrait être qu'anecdotique devient soudainement très lourd quand elles doivent prendre en charge en autonomie une situation de travail.

Mooney (2007a) signale que les NP découvrent vraiment en tant que diplômées les aspects nommés par elle « non-soignants » de leur rôle. Ceux-ci sont généralement perçus comme une perte de temps, qui les empêchent d'être auprès des patients. Il est à noter que les NP de cette recherche ne se positionnaient pas dans cette conception. Ce n'est pas tant les aspects administratifs qu'elles remettaient en question que la manière de leur permettre d'agir à ce niveau le plus économiquement possible. Il est aussi probable que dans ces débuts où elles ont beaucoup à apprendre au niveau de la physiopathologie, des actes techniques, etc., qui sont beaucoup plus valorisés par elles, devoir « perdre du temps » pour cette dimension est particulièrement pesant. T. Clark et Holmes (2007) l'expliquent aussi par le fait qu'il est plus facile de définir les habiletés et connaissances spécifiques à développer que les générales. En ce sens, s'il y a une fragilité à être dans un domaine très spécialisé au début, c'est aussi un avantage sur la durée par une guidance plus forte par la spécialité de ce qu'il est nécessaire d'acquérir ou de renforcer, d'autant plus que cette maîtrise-là semble jouer un rôle important pour l'intégration dans l'équipe.

6.2.2 Des savoirs à ancrer dans la pratique

Les NP se plaignaient avec justesse de manquer de savoirs, mais le rapport que les NP entretenaient avec ceux-ci comptait également beaucoup :

Au niveau des pathologies, y avait quand même plein, plein, plein que je connaissais pas, ou qu'on avait vu en théorie à l'école mais que j'avais jamais eu l'occasion de m'occuper de patients qu'avaient eu ce genre d'intervention. (Judith, E1, p.123)

Les savoirs sont des énoncés :

[Ils sont] associés de façon relativement stable à des représentations sur le monde et sa transformation, faisant l'objet d'une reconnaissance sociale et d'un contrôle se situant dans le registre de la validité (épistémique : vrai/faux, pragmatique : efficace/inefficace), et considérés comme susceptibles d'être investis dans des activités de pensée, de communication ou de transformation de l'environnement. (Barbier & Galatanu, 2004, pp.41-42)

Ce sont des *savoirs objectivés* (savoirs théoriques, savoirs de référence), ils ont donc une composante abstraite et universelle. Ils sont formalisés, transmissibles et vérifiables (De Montmollin, 2011). Arrivant dans un nouveau service, organisé en fonction de spécialités médicales pour les milieux somatiques aigus (médecine, chirurgie, gynécologie, etc.), les NP manquent en effet de savoirs théoriques. Leur formation de généraliste leur a permis d'étudier un certain nombre de pathologies emblématiques de chacune des spécialités, tablant sur le transfert dans d'autres situations et sur le développement de compétences de recherche d'informations et de traitement des données pour combler les manques inhérents au programme. Débutantes, confrontées aux diagnostics des patients qui guident la prise en charge, ce sont ces manques qui sont patents, pouvant aller jusqu'à empêcher l'action par défaut de compréhension de ce qui se passe.

A l'absence de savoirs théoriques s'ajoute un défaut de représentation de la situation du patient et des soins qui lui sont nécessaires :

J'étais pas vraiment préparée à ça parce que je l'ai vu à l'école mais je l'ai pas fait en pratique, jamais... J'ai vu beaucoup de pathologies maintenant. Et quand je vois le diagnostic, ça me parle maintenant. J'ai des images derrière aussi, qu'est-ce que ça représente pour un patient d'avoir cette pathologie. (Sabina, E1, p.199)

Avec l'expérience, la répétition des situations, les savoirs prennent un ancrage dans la réalité, ce qui permet de les fixer, mais également de les rendre opérants entre autres par l'élargissement de leur compréhension et l'anticipation de l'activité qu'ils permettent. En ce sens, nous comprenons bien le rôle prépondérant des stages. Ce processus d'intégration, de transformation, d'appropriation des savoirs théoriques suite à leur mise en lien avec les éléments émergeant de l'activité est précisément ce qui conduit à la construction de *connaissances*. C'est par ce biais que le sujet intériorise des réalités qui lui sont extérieures en regard des expériences qu'il vit. C'est pourquoi Barbier et Galatanu (2004) décrivent les connaissances comme des *états mentaux*. Elles sont individuelles et ne peuvent pas être dissociées du sujet qui en est le détenteur, d'où l'appellation *savoirs détenus*. Ceux-ci sont donc une composante identitaire, au même titre que les

compétences qui « sont les savoirs mis en œuvre (et tels qu'ils sont mis en œuvre) par l'opérateur dans les diverses situations de travail » (De Montmollin, 2011, p.193). Ce sont des savoirs situés.

Même si, durant la formation, les NP ont eu l'occasion de se constituer une base de connaissances et de compétences, elles ne peuvent en avoir qu'un nombre limité qui va s'étoffer au fur et à mesure de leur activité professionnelle. Comme le souligne De Terssac (2011) :

Les savoirs acquis par la formation initiale ou continue sont certifiés dans des conditions données qui ne seront jamais identiques à celles rencontrées dans l'action quotidienne. En ce cas, la mise en œuvre est bien plus qu'une mobilisation des acquis, mais leur adaptation à l'extrême variabilité et à la singularité des contextes. (p.243)

Dans le cas des NP, si elles n'ont eu que peu l'occasion de mobiliser certains savoirs théoriques et de les articuler avec des expériences en stage, c'est comme si elles devaient les tester dans les situations qu'elles vivent pour que ceux-ci deviennent consistants. Il y avait une grande unanimité à ce sujet :

Les connaissances, les bases, je les ai eues au cours mais il me fallait visualiser sur le patient ou faire les liens avec le patient. (Cléa, E6, p.66)

Dans leur discours, il y a un doute, voire une méfiance face à la pertinence d'un savoir exclusivement savant. Dans cette conception, nous pourrions dire que les NP ne dissocient pas théorie et pratique, bien au contraire, ce n'est que dans cette articulation que le savoir atteint une vérité et une efficacité pour elles. Elles ont intuitivement la conscience que la transformation des savoirs en connaissances est indispensable pour qu'elles puissent agir de manière sécuritaire pour elles et le patient. La réflexivité très valorisée par la formation et par elles se retrouve certainement fortement derrière cette conception. En Angleterre, T. Clark et Holmes (2007), ainsi que Whitehead *et al.* (2013) mettent en évidence que, pour la majorité des NP, il n'y a pas de pratique indépendante possible sans supervision directe dans les débuts. Les NP possèdent des îlots de connaissances difficiles à appliquer et à transférer et manquent d'expérience spécifique. Il y a pour elles nécessité d'un préceptorat pendant 4 à 6 mois. Si cette durée peut se discuter, elle pose toutefois cette évidence : se retrouver dans les premiers jours de travail à porter seule la responsabilité de patients sans soutien formel est affolant. Les NP se retrouvent responsables mais démunies. La peur de nuire aux patients fortement présente à ce moment-là est probablement induite en grande partie par ce défaut de maîtrise : comment assumer les conséquences de ses actes dans ses conditions ? C'est donc le stress et l'angoisse qui dominent.

Savoirs et expérience

Avec l'expérience, Durand (2012) le souligne, « l'apprentissage du travail recouvre l'acquisition de savoirs et leur mutation du déclaratif vers le procédural » (p.70). Cela implique l'acquisition de savoirs déclaratifs par l'accumulation de faits et d'éléments isolés qui vont être traités de manière consciente. Le sujet sera alors capable d'énoncer

ses connaissances. Dans un second temps, ces savoirs vont devenir des procédures en fonction de leur usage dans la pratique (*procéduralisation*). Et finalement, il y aura une *automatisation* des savoirs procéduraux en lien avec la diminution des erreurs et un gain d'efficacité. A ce moment-là, avec l'expérience acquise, le sujet peut travailler en dépensant une énergie moindre et en étant capable de cibler très rapidement son observation et son action. Nous retrouvons là les caractéristiques de l'infirmière *performante* ou *experte* selon Benner (1995) : elle est capable de voir la situation dans sa globalité, prend en compte moins de possibilités et s'oriente directement sur le problème.

En fonction de leur parcours de stages, de leurs stratégies d'apprentissage, les NP lors de leur prise de poste se trouvent essentiellement dans l'acquisition de savoirs et dans un début de procéduralisation induit, comme le disait Sabina ci-dessus, par la répétition des situations et par la mise en évidence des similitudes et différences. Toutes les NP se comportent plus en infirmière *débutante* que *novice*, c'est-à-dire qu'elles ne fonctionnent pas sans tenir compte du contexte selon des principes rigides et limités : elles cherchent à adapter leurs actes en fonction de l'environnement et de la situation du patient. Néanmoins, elles n'ont pas encore rencontré suffisamment de situations pour en ressortir les caractéristiques générales et spécifiques et s'en faire une représentation globale. Les éléments sont repérés, juxtaposés mais il leur est difficile de les prioriser. Ceci implique que presque tout ce qu'elles entreprennent demande une attention constante, tout est source de questionnement tant pour la compréhension de ce qui se passe que pour le passage à l'action et l'évaluation de ce qui a été entrepris. Ceci correspond à ce que W. Schneider et R. Shiffrin (1977, cités par Durand, 2012, p.73) nomment des *processus contrôlés*. Ces derniers sont très majoritairement présents chez les jeunes professionnelles et demandent une attention permanente, énergétiquement très coûteuse. Il leur est dès lors difficile de faire deux choses en même temps, par exemple parler avec le patient simultanément à la réalisation d'un geste technique non maîtrisé. Chandler (2012) signale que les NP ont besoin d'apprendre une compétence après l'autre, de les exercer avant d'aller plus loin, ce que les conditions de la pratique ne leur permettent que peu. Avec l'expérience, les individus possèdent de plus en plus de *processus automatisés* qui sollicitent donc moins leur attention et libèrent leur esprit pour des activités en parallèle. Ainsi d'Agathe, pour qui aider un patient à faire sa toilette était au début une charge qui l'empêchait de faire d'autres activités plus importantes ou complexes :

Il me semble qu'instinctivement, au début, on dit : « oui, faire la toilette, c'est pénible et tout » quand on est jeune diplômée. Et là, je me dis : « c'est vraiment le moment où je peux le voir. » Et je me rends compte que c'est là que je peux voir plein de choses. (Agathe, E2, p.7)

Avec quelques mois d'expérience et la maîtrise du soin, la NP peut s'en détacher et en faire un moment de relation avec le patient durant lequel elle récolte des données pertinentes pour la prise en charge. Le sens de l'activité s'en trouve donc transformé, l'efficacité et l'efficience sont augmentées.

Le travail précoce seule en responsabilité fait donc ressentir avec force le manque de connaissances : les NP ont le sentiment de devoir fonctionner et se positionner dans une

situation de travail et/ou de soins complexe sans avoir en main des éléments qui leur permettraient de décider de manière réfléchie en tenant compte de la globalité de la situation et des priorités à établir. Leurs connaissances ne leur permettent que partiellement de se projeter dans la pratique concrète du travail. C'est leur sentiment de compétence qui est mis à mal, renforcé par leur représentation de ce qu'elles devraient savoir. Cela influe également sur l'image qu'elles donnent d'elles-mêmes, entre autres face aux patients. Elles supportent mal de ne pas être capables de répondre à leurs questions :

Je pense que j'aurais pu être peut-être plus compétente [si j'avais été doublée] parce que c'est vrai que quand un patient vous pose une question et que vous devez dire : « je reviens dans 10 minutes avec les réponses », je trouve que c'est un peu gênant, on se sent pas tout à fait compétente et c'est pas évident. (Cléa, E1, p.65)

6.2.3 Mise en doute des compétences induite par TSRPF

Les manques ressentis étaient prioritairement reliés aux spécificités biomédicales du service : les pathologies fréquentes, les interventions chirurgicales, les examens et les médications :

Après, au niveau connaissances, j'ai quand même la base de connaissances mais je trouve qu'au niveau pointu, quand c'est plus dans l'aigu, faudrait avoir un savoir-faire un peu plus pointu, là je pense que j'ai quand même des manques. (Agathe, E1, p.5)

De manière générale, toutes avaient le sentiment d'avoir une base de connaissances qui leur permettait d'anticiper sur le « général », par exemple les surveillances pré et postopératoires, mais pas sur les spécificités d'une intervention précise. Il y avait alors besoin d'un bagage théorique supplémentaire et de l'expérience.

Ceci concernait également les savoir-faire et le savoir-être. En fonction du parcours de stages, elles avaient pu plus ou moins exercer des techniques de soins tant en nombre qu'en complexité et diversité. C'était là un des grands changements du passage des formations spécialisées à celles de généralistes. Leur base de sécurité par rapport à ces techniques était donc très variable. C'est souvent cette possibilité d'exercer les gestes techniques qui les motivait à choisir les soins aigus somatiques en premier poste, ceux-ci étant considérés comme la base à posséder pour une vraie infirmière. Les NP s'évaluent beaucoup à ce niveau, et elles sont aussi attendues et jugées par leurs collègues sur ces compétences pratiques qui ont donc une haute valeur symbolique. C'est une pierre d'achoppement identitaire non négligeable dans les tout débuts. A relever toutefois, que dans leur discours, cela n'a été un thème important que lors du premier entretien, 6-8 semaines après le début, ce qui montre que c'est une problématique qui se résout rapidement et/ou qui perd de sa priorité par la suite au profit d'autres compétences. Il n'empêche que lorsqu'il s'agit de travailler, elles se trouvent dans une posture où elles devraient être capables d'agir seules, alors que le doute est très présent. Leur questionnement se porte soit sur la technique en général ou alors sur la manière dont elle se réalise dans ce contexte particulier, dans la proximité ou non de ce qu'elles ont appris

et vus précédemment. Charline était par exemple très déstabilisée de devoir désinfecter des plaies sans pinces stériles, les sets fournis par l'institution n'en contenant pas pour des raisons d'économie d'après ce que lui avaient répondu ses collègues :

Moi, ce qui est un peu con, c'est que quand y a des pinces, je les pique toujours, forcément, parce que moi j'ai l'habitude de faire comme ça, et quand y en a pas, quand c'est des pansements propres, je fais avec mon gant. C'est vraiment bête, mais moi je travaillerais pas comme ça... Les repères, des fois c'est un peu con, mais ils sont vite chamboulés, on remarque. (Charline, E1, p.30)

Les manques et les doutes quant aux techniques de soins font l'objet de questions à l'équipe pour ne pas nuire aux patients en générant une infection par exemple. De ce fait, les NP ne peuvent pas camoufler ce manque perçu comme une insuffisance. Ceci explique peut-être le poids que cela prend au début. Pour Roxanne, aux soins à domicile, c'est la confrontation à un matériel inconnu sans soutien des collègues qui a été partiellement à l'origine de l'événement suivant : un patient a dû lui expliquer comment l'utiliser. Si ne pas savoir devant les collègues est déjà pénible, face au patient ça l'est tout autant, voire plus :

C'était un patient jeune donc il a pu vraiment m'expliquer tout, et là je me suis sentie quand même relativement incompétente, je me suis mise à sa place, je me suis dit : « je crois que je serais pas tellement rassurée d'avoir quelqu'un en face de moi qui sait pas ce qu'elle fait et que je dois tout lui dire. » Lui, il a très bien pris, il était tout à fait gentil, mais pour moi je me suis vraiment sentie pas du tout diplômée, pas du tout à la hauteur. (Roxanne, E1, p.156)

Nous voyons comment cet événement a été générateur de tensions entre soi actuel et soi normatif : ce qui pèse lourd ici, c'est le regard de l'autre imaginé par Roxanne. Il y a contradiction dans son propre discours : elle s'est sentie incompétente en projetant ce qu'il devait penser, alors que le patient ne manifestait aucune réticence à lui apporter son soutien. Il lui a même dit que d'autres, avant elle, avaient eu besoin de son aide. Dans ce contexte, Roxanne n'a toutefois pas été capable de prendre réellement en compte l'attitude et les dires du patient. En plus, il y a une forme d'amplification de l'obstacle dans son discours : elle ne savait pas comment utiliser une pièce spécifique, une fois ce point connu, elle maîtrisait le soin. Elle n'était donc pas quelqu'un qui ne savait pas ce qu'il faisait. C'est son regard normatif sur elle-même qui a primé sur les autres considérations, lui renvoyant une mauvaise image d'elle-même. Cet incident, qui aurait sans doute été anecdotique quelques semaines plus tard, était important à ce stade-là.

Quand TSRPF remet en question ce qui semblait acquis

Si les manques de savoir-faire généraient des tensions dans les débuts, le fait de travailler seule en responsabilité influençait également ceux qu'elles pensaient avoir acquis. Le soir où Charline a eu à gérer seule un service entier, elle aurait dû poser un nouveau cathéter à perfusion (Venflon) à une patiente. Elle se savait une bonne « piqueuse », avait été reconnue comme telle durant ses stages, et pourtant elle n'a pas osé le tenter dans ce contexte. Certes la dame n'avait pas de très bonnes veines, mais, surtout, Charline était si

tendue qu'elle était sûre d'échouer. Ne souhaitant pas maltraiter la dame, elle a sollicité l'experte de la maison, ce qui était pertinent mais qui devint, simultanément, une donnée perturbatrice supplémentaire dans un contexte qui en comptait déjà beaucoup. De même, Agathe, qui était confiante dans ses compétences relationnelles s'est mise à douter. Seule après deux jours d'informations dans le service, elle s'est retrouvée face à son premier patient qui s'est montré explicitement déçu que ce soit elle qui s'occupe de lui. Cet accueil mitigé a généré un frein à la relation qui a été très insatisfaisante pour elle pendant quelques jours car elle était exclusivement fonctionnelle. *A posteriori*, elle analysera :

Je me suis dit que j'ai quand même dû transmettre peut-être quelque chose qui lui a provoqué une certaine anxiété. (Agathe, E1, p.3)

Sa propre anxiété, voire son angoisse, avait probablement été contagieuse. Les compétences relationnelles qu'elle savait avoir lui ont permis par la suite de corriger le tir et d'élaborer des stratégies pour reprendre contact avec ce patient sur un mode plus profitable à tous les deux. Pour ce faire, elle a décidé de prendre le temps de l'écouter lui raconter son parcours de vie et de maladie chronique. La dimension relationnelle du travail était centrale pour Agathe, ce qui explique le choc généré chez elle par une prise de contact qu'elle a considérée comme un échec, d'où l'apparition de tensions identitaires entre soi actuel et soi idéal. Cependant les valeurs d'Agathe étaient suffisamment fortes pour l'aider à se positionner dans une priorisation des soins mettant en valeur la relation, cela facilité par une charge de travail moindre à ce moment. Pour Charline, selon ses valeurs, ne pas nuire était prioritaire. En ce sens, avoir évité de piquer la dame n'était pas un échec mais au contraire un respect de son idéal. Par contre, toute la surcharge générale de la soirée a fait qu'elle n'a pu offrir une présence adéquate auprès d'autres patients quand elle l'aurait voulu :

Surtout chez une grand-maman, elle s'est mise à pleurer et tout, j'ai pris dix minutes, je suis repartie, j'étais là : « oublie, ma foi si tu finis en retard, tu finis en retard, t'aurais dû prendre plus de temps, ça méritait. » Donc là forcément, je suis rentrée, j'étais insatisfaite et frustrée de ce que j'avais fait sur ma journée. (Charline, E1, p.33)

Elle se retrouve elle aussi en porte-à-faux avec son soi idéal, d'où la frustration ressentie alors qu'elle avait finalement réussi à tout gérer en fonction de ce qui était prescrit. Nous le voyons, le stress de se retrouver prématurément dans une situation de responsabilité non seulement met en évidence ce qui leur manque mais induit également un doute par rapport à ce sur quoi elles pensaient pouvoir compter. Si ce n'est que ponctuel et peut être « réparé » en réussissant par la suite, ce n'est pas trop problématique. Par contre, si cela devait se répéter, la confiance en soi risquerait d'être altérée.

6.2.4 L'évaluation clinique des patients : doutes et insécurité, un problème majeur

Si l'acquisition et le renforcement des savoirs occupaient une place importante dans les débuts, une des sources majeures d'anxiété était les doutes quant à leur aptitude à évaluer l'état clinique de leurs patients :

Je vais quand même savoir à quoi faire attention et me rendre compte si un patient se péjore, quand même. Mais c'est plutôt dans la gravité de la péjoration, est-ce que c'est grave au point que je dois appeler le médecin ou est-ce que ça se péjore ? De ce fait, Judith vivait avec : une peur diffuse qu'il se passe quelque chose, oui. (Judith, E1, p.123)

L'interprétation des données récoltées et l'analyse fine qui devrait en résulter étaient sujettes à caution. Elle doutait pouvoir s'appuyer sur son raisonnement clinique, qui se définit comme suit :

Une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et les symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable. (Psiuk, 2002, citée dans Psiuk, 2012, p.18)

Le but de cette démarche est de poser un jugement clinique pour déterminer les soins les plus pertinents pour cette personne-là, dans ce contexte donné afin de remédier aux conséquences de la maladie ou de l'âge (Dallaire & Dallaire, 2008).

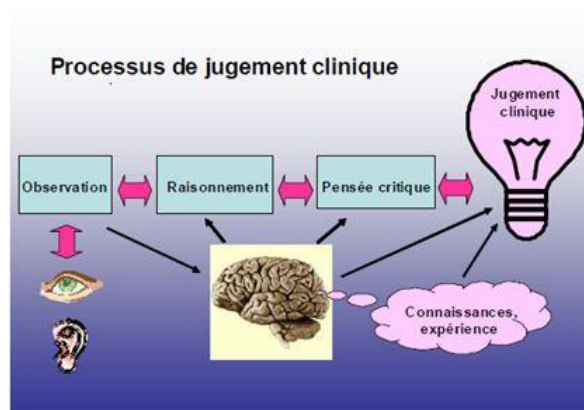


Figure 4 Phaneuf, 2008, p.1

Il s'agit donc bien d'articuler des connaissances théoriques, une expérience clinique et les éléments issus d'une observation rigoureuse (Phaneuf, 2008). Au même titre que leurs savoirs plutôt globaux, manquant de finesse ou de spécificité, les NP avaient le sentiment de ne pouvoir repérer qu'un tableau clinique massivement problématique, et qu'elles passeraient à côté d'éléments plus discrets :

Je trouve que c'est toujours pas évident, même par rapport à la formation qu'on a eue, ce regard clinique. Au début, alors je me dis heureusement que j'ai rien eu de grave ou comme ça parce que, mon regard clinique, il était juste inexistant je crois (rire). Mais je me disais le soir, en rentrant, vraiment : « mais là, t'as rien regardé, juste des trucs de base des fois au début, des œdèmes, des trucs, mais vraiment le patient de haut en bas... » Des fois, je pense que j'ai pu passer à côté de bien des choses mais heureusement que c'était pas grave. (Agathe, E2, p.7)

Si la formation les a préparées à l'évaluation clinique, ce n'était toutefois pas suffisant pour avoir une sécurité. De façon évidente, une observation clinique existait, mais qui visait surtout à repérer de grands signes-symptômes généraux, avec peu de recherche systématique, ciblée, centrée sur ce patient-là. La relativité des connaissances comme nous venons de le voir peut l'expliquer grandement, ainsi que leur inexpérience. L'autre difficulté était d'être capable de réaliser cette évaluation simultanément à l'activité. Plusieurs NP ont signalé qu'elles avaient besoin d'avoir deux temps distincts pour cette réflexivité. Pour avoir une vision globale de la situation, il leur était nécessaire de pouvoir s'en extraire : elles avaient besoin d'une mise à distance effective pour avoir du recul sur les situations des patients et sur ce qu'elles faisaient :

Mais de manière générale, je crois je suis quand même quelqu'un qu'a besoin de parfois être en dehors de l'action pour réfléchir, c'est quand même difficile de réfléchir dans l'action. (Elisa, E6, p.118)

Le jugement clinique porte autant sur la pathologie, ses manifestations et ses conséquences, que sur la manière dont le patient la vit et voit son quotidien influencer. Dans les services de soins à domicile ou dans les homes qui sont des lieux de vie, la dimension aiguë de la maladie est moins présente. On se situe au niveau de la chronicité et/ou du vieillissement, avec leurs répercussions sur la vie quotidienne. Les enjeux de la maîtrise des connaissances biomédicales sont donc moins prédominants, ce sont bien plus les connaissances infirmières ou en sciences humaines qui comptent. L'évaluation clinique reste là tout aussi présente :

Des fois, c'est tellement dur de juger une situation quand on n'a pas l'expérience clinique, où on sait dans ce genre de situation c'est plutôt ça qui va faire du bien ou plutôt ça. Quand on est en présence d'une souffrance presque totale, une fin de vie, je veux dire y a pas grand-chose de bien, c'est dur des fois de faire vite la liste des pour et des contres et de dire : « ça, c'est la meilleure solution. » Et c'est mon jugement à moi en tant que personne qui est là depuis deux semaines ou trois semaines, je veux dire c'est léger comme poids, et c'est à moi qu'on demande de faire ce choix, c'est énorme ! (Elisa, E1, p.98)

Pour Elisa, qui devait s'occuper de patients atteints de démence sénile ou de maladie d'Alzheimer déjà avancée, donc incapables de s'exprimer sur leurs ressentis et leurs besoins, l'obstacle se situait à un autre niveau. Par rapport à celles qui travaillaient en médecine et chirurgie, elle n'avait pas peur pour la vie des patients si elle passait à côté d'un signe ou d'un symptôme. Par contre, elle craignait que son analyse et ses décisions soient maltraitantes par leur inadéquation en regard des besoins des patients. Cette difficulté était accrue par le fait que dans la structure de l'EMS, elle était seule infirmière durant l'horaire de travail, donc personne de référence pour les patients et ses collègues. Elle était censée être l'experte alors qu'elle était la plus inexpérimentée : pour elle, chaque situation était nouvelle. Elle n'avait pas encore pu tirer du général et du particulier.

Besoin du soutien d'autrui pour l'évaluation clinique

Si les NP pouvaient développer leurs savoirs théoriques seules, en ce qui concerne l'évaluation clinique, le soutien de collègues plus expérimentées était essentiel :

Tout d'un coup une collègue me disait et je disais : « ah oui j'ai pas vu ». Et alors après, moi j'allais voir parce qu'on m'avait dit, mais je l'avais pas forcément vu. (Agathe, E2, p.7)

Le regard de la collègue guide l'évaluation clinique. De nombreuses recherches reconnaissent que c'est par rapport à l'évaluation clinique que le développement de compétences est le plus grand et le plus nécessaire (Chandler, 2012; G. Higgins, Spencer & Kane, 2010; McKenna & Green, 2004; Monnier & Cambra Duval, 2004). En ce sens, tous les temps d'échanges sur les situations de soins s'avèrent importants. Cléa a pris conscience dans la durée que les transmissions orales représentaient pour elle un moment d'intervision en équipe. Comme les autres NP, elle n'a pas été doublée et n'avait pas de personne de référence. Si ça l'a surprise au début, son besoin d'abandonner vite son statut de stagiaire pour celui plus enviable d'infirmière, membre d'une équipe, l'a fait le percevoir plutôt positivement. Elle s'est donc lancée avec enthousiasme, rassurée de ne jamais se sentir perdue. C'est quatre semaines plus tard qu'elle a vécu une situation critique qui lui fit prendre conscience des enjeux de ce fonctionnement, ce qui fit événement :

Là, elle [une collègue] m'a dit : « fais gaffe, y a un truc qui joue pas », et c'est là que j'ai commencé àangoisser, à me dire : « mon Dieu, en fait, tu gères pas du tout ! » (Cléa, E1, p.63)

Dans cette situation en l'occurrence, Cléa avait récolté des données pertinentes auprès du patient mais elle n'avait pas réussi à les articuler et à interpréter les signes et symptômes, du coup elle n'avait pas compris que le patient commençait une complication dangereuse. Elle possédait les connaissances liées à ce problème de santé rencontré lors de son stage final en chirurgie, mais elle n'est pas parvenue à les transférer :

Sur le moment, en médecine, j'ai pas tilté, j'ai pas fait de liens : perfusion + liquide + poids = ? J'ai pas pensé à ça et heureusement que j'ai eu quelqu'un qui a tilté. Peut-être qu'un jour j'aurais personne qui va tilter sur un truc et va vraiment y avoir un problème, mais en même temps peut-être que le doublage aurait servi à me protéger de ça. (Cléa, E1, p.63)

Nous le voyons, c'est au niveau du processus de raisonnement clinique que les NP ont le plus besoin d'aide. Il en va de la sécurité du patient comme de la leur. La qualité de cette analyse a une incidence directe sur la réalisation des soins, principalement sur la capacité à prioriser les activités avec pertinence, ce qui était le plus difficile pour elles. Dans ces débuts où il y avait tant de nouveautés, donc tant d'imprévus, cela pesait très lourd sur leur pratique au quotidien, sur leur organisation et était une source d'anxiété importante. Charline constatait que pour se protéger, elle écrivait beaucoup dans les dossiers des patients parce qu'elle avait peur qu'ils ne meurent la nuit à cause de quelque chose qu'elle aurait manqué :

J'ai remarqué que j'étais très méticuleuse dans tout ce que je notais et tout ce que je faisais pour qu'y ait toutes les traces de : si j'ai fait ça, bonne réaction du patient ou n'importe. Généralement, je mets toujours un commentaire après, qui fait que quand moi je suis partie, le patient il était encore bien. (Charline, E1, p.32)

Nous disions précédemment que les NP ne se plaignaient pas des activités administratives en elles-mêmes. Nous pourrions en voir ici une explication : elles étaient conscientes pour elles des enjeux de cette formalisation de leurs activités. Elles pouvaient y trouver une certaine protection dans un contexte anxigène. Elisa, Sabina et Roxanne parleront aussi de cet aspect durant l'année.

Répercussions sur la qualité des soins et les interactions

Les déficits dans l'évaluation clinique avaient aussi des incidences sur la prise en charge interdisciplinaire des patients :

Dans le suivi, savoir poser les bonnes questions au médecin pour que ça avance, pour être dans le juste et qu'on soit bien dans le fait de défendre les intérêts du patient et pas attendre que les médecins viennent nous demander. (Judith, E1, p.123)

Les NP estimaient que leur défaut d'anticipation rallongeait le séjour des patients, et en ce sens altérait la qualité de la prise en charge. Le bien-être du patient faisant partie de leurs priorités professionnelles, ceci générait des tensions identitaires entre soi actuel et soi idéal. Mais cela jouait aussi sur l'image qu'elles pensaient donner d'elles-mêmes aux médecins. Face à eux, les NP se sentaient en position d'infériorité, donc ressentaient le besoin de donner une bonne image d'elles-mêmes. Elles auraient aussi eu besoin de pouvoir s'appuyer sur eux, ce qui n'était pas toujours le cas :

On a un assistant, j'aime pas du tout parce que ça me déstabilise encore plus quand le médecin sait pas quoi faire, il se repose un peu sur les expériences des infirmières et moi j'ai pas d'expérience non plus. Je me sens pas très à l'aise dans ces situations. (Sabina, E1, p.196)

Dans les grands hôpitaux, qui sont aussi des centres de formation, les NP travaillaient avec des médecins-assistants qui eux-mêmes débutaient. Observant leurs collègues plus expérimentées qui guidaient les jeunes médecins, elles tiraient la conclusion que c'étaient elles qui avaient des manques et qui étaient responsables des retards ou lenteurs dans les prises en charge parce qu'elles n'avaient pas su orienter les traitements et les prescriptions :

C'est encore pas le stade où c'est toi qui dois dire au médecin ce qu'il doit faire, finalement c'est encore lui qui te dit : « non, là tu fais plutôt comme ça. » (Cléa, E1, p.78)

Cléa met en évidence un fonctionnement institutionnel connu mais peu, voire non reconnu, à savoir que les infirmières tiennent une place importante dans la formation des jeunes médecins en les guidant. Elle en a déduit que c'est le comportement attendu pour une infirmière alors que, par exemple, les prescriptions médicamenteuses ne sont pas du

tout de leur ressort. Leur compétence, c'est d'appliquer les traitements avec discernement. Certes, avec l'expérience, elles acquièrent des connaissances expérientielles importantes, néanmoins il leur manque beaucoup de savoirs théoriques pour le faire. Dans ces débuts, où les NP continuent de définir et de comprendre leur rôle ainsi que celui des autres professionnels, les laisser ainsi seules si tôt n'est pas sans conséquences. Il peut y avoir confusion des rôles allant jusqu'à les inverser. Cléa commettra une erreur en réalisant un acte strictement du ressort du médecin (cf. chapitre 8). C'est aussi une source de tensions identitaires entre soi actuel et soi normatif, tant dans l'image que les NP ont d'elles-mêmes que de celles qu'elles donnent ou croient donner à autrui.

Cela pose également la question de la responsabilité des institutions : elles semblent prendre un risque important en laissant autant d'indépendance à de jeunes diplômées. Nous pouvons nous interroger s'il n'existait pas un contrôle qui n'était pas perçu par les NP. Cela montre aussi que si un soutien à la clinique était nécessaire, il l'était aussi probablement sur les spécificités du rôle et sur les interdépendances avec les autres corps professionnels avec qui elles travaillaient.

6.2.5 Stratégies d'apprentissage

Les NP ne se sont pas contentées de mettre en évidence leurs manques, elles ont aussi mobilisé leurs ressources pour tenter d'y remédier. Elles sortaient juste d'une formation, elles avaient donc des habitudes d'apprentissage. La question qui se pose est de savoir comment elles ont pu/voulu les utiliser et/ou les transformer en regard de leur nouvelle situation. Un élément qui est apparu comme évident très rapidement pour toutes, c'est qu'il y avait très peu de temps pour renforcer les connaissances dans les heures de travail et leur état de fatigue était un obstacle :

J'ai eu 2-3 moments où j'ai pu regarder un peu mes bouquins, mais je pensais que j'aurais plus de temps. Et c'est vrai, après on rentre le soir et tout, je me dis toujours je vais revoir des trucs, mais ça se fait un peu sur le tas en fait. Je pensais que j'aurais plus de courage que ça (rire). (Agathe, E1, p.5)

C'est vrai que pour tout ce qui est théorie, les liens de physiologie, tout ça, c'est clair, faut faire soi-même. Et on n'a pas de temps pour ça. On court du matin au soir, alors soit on fait le soir à la maison, soit on arrive jamais à avoir les connaissances nécessaires. (Roxanne, E5, p.170)

Ces difficultés sont bien réelles et sont à prendre en compte. Néanmoins, il peut aussi y avoir une certaine frustration de devoir encore être dans la contrainte de l'apprentissage alors qu'elles pensaient en être sorties. Toutes disent sincèrement leur désir de continuer à développer connaissances et compétences, mais probablement pas de la même manière qu'avant en étudiant le soir ou les congés :

J'ai des lacunes mais c'est aussi à moi d'ouvrir un bouquin. Et effectivement, jusqu'à maintenant, j'en ai pas ouvert un parce que j'ai pas envie, j'ai pas le temps, ça m'embête. Peut-être que ça m'explosera sur la figure, j'en sais rien, mais en même

temps, chaque patient que j'ai, je sais quand même plus ou moins ce qu'ils ont, à quoi je dois faire attention, je sais les traitements qu'ils ont. (Cléa, E2, p.66)

Pour Cléa, il est compréhensible qu'elle mette à distance des postures typiques de stagiaire. Son discours semble montrer une certaine conscience d'une prise de risque en restant approximative, mais probablement que dans la dynamique de transformation identitaire qui était la sienne, le bénéfice de vivre et travailler « comme une diplômée » telle qu'elle se le représentait pesait suffisamment lourd pour le contrebalancer. Son discours s'adressait aussi à moi, une de ses anciennes profs, ce qui n'était sans doute pas anodin dans les débuts. Toutefois, le moment où sa collègue lui a signalé la complication de son patient qui lui avait échappé a fait aussi événement à ce niveau : elle a soudainement pris conscience des limites de son comportement. Ses acquis de formation étaient vraiment consistants, mais elle ne pouvait pas s'en contenter.

Les NP allaient chercher prioritairement les savoirs chez leurs collègues, l'argument étant que c'était plus rapide et probablement aussi plus ciblé en regard du contexte. Cependant, ce n'était pas toujours suffisant :

Après, je demande aux infirmières et je vois que des fois elles connaissent les termes, elles savent où ça se situe mais elles en savent pas plus non plus, c'est juste de connaître le terme, enfin voilà. (Ibid.)

Ce qu'il est intéressant de relever, c'est que ce constat de la limite des connaissances des collègues ne remet pas ou peu en question la représentation d'une infirmière qui sait et par là même l'incompétence d'une NP qui ne sait pas. Ce n'est que dans la seconde partie de l'année, après avoir acquis une place dans l'équipe et suffisamment de confiance dans leurs connaissances qu'elles pourront le faire :

Je posais déjà des questions mais je me sens moins bête maintenant quand je les pose parce que j'ai constaté qu'elles le font toutes, parce que moi j'allais toujours demander aux infirmières, et en fait elles le font mais elles demandent directement au médecin. Alors oui, je me sens moins bête. (Roxanne, E6, p.170)

L'autre source d'apprentissage était les livres et la documentation spécifique au service. L'apprentissage était grandement facilité par ce qu'elles avaient déjà expérimenté :

C'est beaucoup plus facile de faire directement les liens en fait parce qu'on lit un truc et on voit exactement à quoi ça correspond plus facilement que quand on était à l'école, où y a des trucs, on a beau lire mais on comprend pas parce qu'on voit pas à quoi ça correspond. Mais c'est plus de la lecture, c'est moins la pression de devoir absolument savoir. (Judith, E4, p.150)

Une réflexivité difficile à préserver

Toutes valorisaient avec force la réflexivité : c'était un objectif fort de leur formation auquel elles avaient adhéré, d'autant plus que les gens de la pratique leur reconnaissaient des qualités supplémentaires à ce niveau par rapport aux anciennes formations. Néanmoins, elles ont rencontré des difficultés à maintenir cette pratique réflexive. Le

temps et la fatigue y jouaient à nouveau un rôle non négligeable. Toutes disaient avec force qu'elles ne faisaient jamais rien sans savoir pourquoi, mettant en avant leur conscience professionnelle :

C'est à nous de prendre notre responsabilité et de réfléchir sur nos situations parce qu'on peut vite ne pas le faire, et ça c'est notre travail, mais ça se fait pas comme ça, même si on a le temps. (Agathe, E1, p.5)

Ce discours, partagé par les autres, laisse entendre que cette réflexion était à bien plaire, que l'institution ne la demandait pas à ses collaboratrices alors qu'elle faisait partie du cahier des charges. A travers leurs dires, nous pouvons nous interroger sur le niveau de réflexivité dont elles pouvaient faire preuve dans leurs débuts. Plusieurs dirent *a posteriori* que ce n'est qu'après quelques mois qu'elles commencèrent à être vraiment réflexives, ce qui n'est pas vrai puisque, comme le dit Schön (1994), aucune action professionnelle n'est impensée. L'action est le résultat d'une décision découlant d'une *réflexion dans l'action*. Nous venons d'en parler longuement : dans ces débuts, des savoirs sur lesquels fondés l'action manquaient, d'autres étaient là partiellement et ceci était un stresser important dans ces situations qui faisaient événement. La réflexion dans l'action était très présente, reliée entre autres à tout le questionnement pratico-pratique de savoir comment et pourquoi faire un soin ici, dans ce contexte et cette situation spécifique. Il est d'ailleurs intéressant d'écouter Charline, dont le travail à la clinique se basait sur de nombreux protocoles, s'interroger sur la pertinence d'un travail prescrit aussi formalisé :

C'est un peu des listings. Du coup je pense, et ça, ça m'a déjà frappée, tu réfléchis moins. Maintenant je remarque que ces analyses réflexives, ça me manque. Je l'avais dit à mes parents, j'ai l'impression que tu fais tout ce qu'on te dit mais pas par toi-même, ou alors c'est moi qui ai un problème, je sais pas, mais j'ai l'impression que tout est vraiment dicté et ça, ça me dérange. Tu prends plus le temps de réfléchir pourquoi tu fais ça. Au bout d'une année, tu sais tout par cœur et tu pourrais faire tout les yeux fermés. (Charline, E1, p.30)

Elle se sentait dans le rôle d'une exécutante, pouvant difficilement s'approprier sa pratique et la rendre intéressante en la construisant. La standardisation proposée, si elle pouvait être une base d'appui pour agir dans un premier temps, devait être transformée à l'aune des situations rencontrées. Elle avait donc aussi besoin d'avoir une *réflexion sur l'action*, c'est-à-dire de revenir à ce qui s'était passé après-coup. Quand Elisa dit : *la réflexivité, maintenant c'est, quelque chose qui est vite loin quand même* (E6, p.118), c'est surtout à ce deuxième aspect qu'elle se réfère, ce retour sur l'activité qui permet de capitaliser l'expérience et de la réinvestir dans de nouvelles situations.

En fait, au début, c'est surtout le recul par rapport à une vision globale qui manquait, comme nous l'avons vu pour l'évaluation clinique. La réflexion était plutôt limitée :

La seule manière dont j'étais réflexive, c'était peut-être par rapport aux traitements médicaux, ouais tous les savoirs médico-délégués. (Sabina, E4, p.200)

Les NP se positionnaient plutôt au niveau de l'acquisition de nouveaux savoirs, à la remobilisation d'autres afin de tendre vers une pratique cohérente :

Vraiment au tout début, c'était déjà de me familiariser avec le service, enfin voilà, d'encaisser, enfin, toutes les choses qu'il fallait savoir, connaître, tout ça. Maintenant, je dirais, je commence à être réflexive mais... il m'a fallu un moment quoi. C'est pas venu comme ça du jour au lendemain, mais je pense que pour moi, au début, c'était pas possible. Au départ, je trouve que c'était difficile et je me posais même pas forcément la question. (Agathe, E4, p.6)

Pineau (2013) estime qu' :

Entre l'action réfléchie et la pratique réflexive, il y a toute la distance entre une conduite ponctuelle, s'ajustant spontanément de façon quasiment réflexe, et son extension à un ensemble d'actions, à une conduite plus large nécessitant une autorégulation et un autopilotage plus conscient de ses multiples sens possibles. (p.15)

Dans ces situations critiques ainsi que dans leurs débuts, les NP se situent par moments dans l'une ou l'autre notion. Elles sont souvent très collées aux gestes, aux actes, tout en tentant d'avoir une vision globale qui demeure relative. Un soutien pour le questionnement réflexif aurait été utile pour toutes les dimensions du rôle et pas seulement pour le jugement clinique. Du temps pour se poser et réfléchir leur aurait également été profitable. Sachant la valeur accordée à cette réflexivité, des tensions identitaires entre soi actuel et soi idéal sont inévitables. Nous y reviendrons, mais comme elles n'ont pas ressenti d'injonction de l'institution à ce niveau, l'aspect normatif y est peu présent.

En synthèse

Seules en responsabilité précocement, les NP doivent s'occuper d'un certain nombre de patients, dans un contexte nouveau. Elles n'ont pas encore eu le temps de découvrir les pathologies fréquentes du service, de remobiliser des connaissances ou d'acquérir de nouveaux savoirs nécessaires. Elles ne connaissent pas ou seulement partiellement les fonctionnements administratif et organisationnel (horaire, locaux, matériel à disposition, etc.). Leurs ressources prioritaires sont leurs collègues qu'elles sont en train de découvrir. Pour Sabina et Charline, s'ajoute l'immersion dans une langue professionnelle différente. Roxanne et Elisa, aux soins à domicile, travaillent seules. Il est évident que cela en fait un événement extrêmement stressant, les incertitudes se trouvant à tous les niveaux. Partant de ce constat, il est primordial d'étudier comment les éléments du contexte ont influencé TSRPF et la manière dont l'ont vécu les NP.

6.3 Contextes : Spécificités, éléments facilitateurs et obstacles à la transition

Le contexte et ses particularités au moment où les NP ont débuté ont influencé la survenue de TSRPF, facilitant ou aggravant le vécu de cette expérience ainsi que la résolution des tensions identitaires rencontrées.

6.3.1 Contexte organisationnel au moment de TSRPF

Charge de travail attribuée

Le nombre de patients dont les NP avaient la charge était un critère très significatif pour elles et marquait aussi la rupture pour certaines avec ce qu'elles avaient expérimenté dans les stages :

Au début, ce qui me faisait peur, c'était le nombre de patients en fait, c'était pas qu'est-ce que je devais faire avec eux, c'était le nombre. Ça m'effrayait quand on me disait 8 patients. Mais au début, je prenais pas en compte le fait qu'ils étaient indépendants par exemple, ou le fait que j'ai deux sorties à 10h du matin et le reste de la journée, j'avais que 6 patients. (Charline, E1, p.31)

Nous le voyons, c'était plus l'aspect quantitatif que qualitatif que les NP repéraient et qui pouvait en lui-même généré un sentiment de surcharge. Toutefois, Charline avait été consciente que dans ses débuts, on lui avait confié prioritairement des patients dans des situations simples ou stables qu'elle parvenait à gérer grâce à ses acquis. Elle avait plus de patients que les autres NP, mais avec une aide formelle à disposition.

Quand, au huitième jour de travail, elle s'est retrouvée seule avec la responsabilité d'un service, soit vingt patients, ce fut vraiment trop pour elle. Rien ne lui avait permis de s'y préparer : suite à une première soirée très calme le samedi, une collègue de l'horaire du dimanche soir a décidé de modifier l'organisation, en donnant congé à la troisième infirmière prévue. De fait, Charline et elle se sont retrouvées à deux pour s'occuper de deux services, ce que Charline a découvert en arrivant. En plus, c'est le service voisin, où Charline n'avait jamais travaillé, qui lui a été confié : elle ne connaissait donc ni les lieux, ni les patients. Dans ce contexte qui paraissait déjà très lourd à Charline, des imprévus se rajoutèrent. Ceux-ci étaient des « classiques » de la pratique infirmière (entrée d'un patient par les urgences, perfusion à reposer, etc.) mais des premières fois dans ce lieu pour Charline. Ce fut donc trop à tous les niveaux pour elle. Les obstacles prioritaires se situaient au niveau de sa méconnaissance de l'organisation institutionnelle. Par exemple, l'entrée du patient lui a fait découvrir qu'elle devait quitter le service pour aller le chercher et laisser les autres patients sans surveillance, sa collègue du service voisin étant toutefois avisée de la situation. Devait-elle prendre un lit ou en fournissait-on un au patient aux urgences ? Les jours suivants, elle apprendra que s'il y avait surcharge dans le service, les urgences gardaient le patient pendant la nuit. Nous le voyons, ce qui augmente la charge de travail dans les débuts, ce n'est pas seulement le nombre de patients, leurs pathologies et leurs soins mais aussi toute la méconnaissance du fonctionnement du système qui fait que tout est questionné tout le temps, le moindre incident devient un perturbateur important car pas ou peu anticipé.

Sabina s'est retrouvée seule le premier jour avec le dossier d'un patient sur les bras (au sens propre), sans transmissions orales, sans information, chacun partant dans ses activités de la journée : la charge était trop lourde car elle n'avait pas les moyens de la gérer. Elle ne comprenait pas comment les gens travaillaient, ne connaissaient pas les

documents d'usage, et, comme Charline, travaillait dans une autre langue que celle de ses études. Un seul patient, dans ce contexte, représentait pour elle une charge de travail trop importante, car elle n'avait de maîtrise sur rien. Il en a résulté un stress massif :

Alors j'étais plantée dans le service (rire) sans savoir quoi faire et comment faire les choses... J'ai regardé [le cardex], je comprenais rien (rire). En plus c'était allemand, j'étais habituée à avoir en français. Je comprenais rien, j'avais les larmes aux yeux et j'ai dit : « mais qu'est-ce que je fais ici ? » (Sabina, E1, p.194-195)

Deux mois plus tard, elle était incapable de se souvenir ce dont souffrait ce patient. Tout était dans une sorte de brouillard, signe du débordement ressenti. Seules les émotions restaient très vivaces.

Surcharge de travail : un obstacle important

La surcharge de travail du service était une des raisons principales qui justifiaient que les NP aient été soudainement et précocement mises en position de devoir assumer une charge de travail normale d'infirmière. La charge dite « normale » correspondait au fait d'avoir la responsabilité du même nombre de patients que les autres membres de l'équipe, sans que personne ne soit désigné comme support :

On avait déjà quatre patients chacune, on était deux dans mon service de nouvelles diplômées. C'était à un moment où le service était vraiment très très chargé, tout le monde était vraiment surbooké. (Judith, E1, p.122)

Judith pose ici un enjeu supplémentaire de cette surcharge : non seulement elle n'avait personne à disposition de façon formelle pour l'aider, mais toutes les autres étaient elles-mêmes débordées, donc d'une disponibilité moindre. Cet aspect accroît le poids de l'expérience de responsabilité, puisque, si elle a besoin d'aide, la NP va devoir prendre du temps à quelqu'un qui n'en a pas. Nouvelle dans une équipe, ne connaissant personne si ce n'est ses ex-collègues de classe (ils étaient trois dont elle), comment pouvait-elle savoir lors de son premier jour qui arrêter et questionner ? Nous ne parlons même pas ici d'un choix qualitatif (en fonction de compétences spécifiques dans les soins, dans la réponse aux questions, etc.) mais juste de quelqu'un qui acceptera de répondre.

S'il y avait des besoins d'apprentissage, sur des techniques par exemple, toutes trouvaient de l'aide, mais il fallait capter tout, tout de suite :

Y a une infirmière qui s'est spécialisée dans ça [les soins de stomie], donc elle est venue me montrer et tout. Mais c'est vrai qu'ils nous montrent une fois et après il faut se démerder. En même temps c'est normal, mais je me suis chaque fois sentie assez à l'aise avec ça. C'est ça qu'était dur au début, c'était le fait que tout le monde était débordé et que nous, y avait plein de choses qu'on savait pas faire. Et y a aussi des fois j'essayais de me débrouiller un peu toute seule, enfin de trouver par moi-même. (Judith, E1, p.123)

C'est normal mais c'est dur ! En fait Judith reconnaît que dans le contexte anormal d'une surcharge chronique, il est acceptable de recevoir ce faible niveau d'aide, il n'empêche

qu'elle aurait eu besoin de plus. Le stress et l'anxiété très présents dans ces débuts étaient en soi des obstacles à l'apprentissage, les NP ayant la tête saturée par tout ce qu'elles avaient à gérer et par les enjeux affectifs de devoir démontrer à l'équipe de quoi elles étaient capables. Cette conscience de ne pouvoir profiter que de la disponibilité ponctuelle d'une collègue peut être un stress supplémentaire, surtout si, en réalisant le soin par la suite, la NP constate qu'elle a encore besoin de données supplémentaires ou qu'elle n'a pas tout compris. Nous en parlerons ultérieurement, mais cela favorise la tendance à vouloir *se débrouiller* toute seule, ou à *bricoler* selon Agathe.

Effectif de l'équipe

Un troisième élément qui augmentait la charge de travail était la constitution spécifique de l'équipe. Judith et Sabina ont débuté dans des équipes très jeunes, qui avaient un tournus de personnel important. Les NP étaient présentes en nombre, et les infirmières plus expérimentées ne connaissaient que peu le domaine spécifique au service. Il en résultait des problèmes d'organisation générale qui accroissait la surcharge :

La charge de travail était liée au nombre de patients. Bon, le nombre ça va encore, mais la gravité des situations, la complexité, ça, c'est une chose. Et l'autre chose, le nombre des nouveaux diplômés qui est grand. Tous les nouveaux ont besoin d'aide encore et beaucoup d'accompagnement. (Sabina, E1, p.195)... C'était vraiment très, très brouillon, mais pour tout le monde. (Judith, E1, p.123)

Dans ce type de contexte, les ressources sont vite déficitaires tant quantitativement que qualitativement. Même avec un effectif correct sur le papier, il peut y avoir un sentiment de sous-effectif quant à l'aptitude générale à assumer l'ensemble des activités du service. La sécurité des patients peut être menacée par l'inexpérience de l'équipe (O'Malley Floyd *et al.*, 2005). Scott *et al.* (2008), dans une recherche réalisée auprès de 329 NP après 6 mois et 2 ans, ont mis en évidence qu'un des critères prédictifs les plus importants de la satisfaction au travail était le sous-effectif chronique. Celles qui l'expérimentaient au quotidien allaient jusqu'à remettre en question leur choix professionnel. Un rapport du Dublin Academic Teaching Hospitals and St. Luke's Hospital (2000) relève également que les manques d'effectif conduisent à une baisse de moral générale, à une augmentation du stress et du tournus des équipes. Une des causes premières en est l'impossibilité d'un apprentissage progressif et une obligation d'assurer le rôle d'une infirmière chevronnée. Il est, entre autres, difficile d'attribuer des patients plus simples aux nouvelles. Il est intéressant de relever que Judith et Sabina sont les deux NP dont le vécu de la prise de poste a été le plus difficile. Pour Judith, l'ensemble du contexte (surcharge, inexpérience en équipe, tournus avec l'arrivée d'une autre NP) a duré pendant plus de deux mois. Il y a donc eu une chronicisation des difficultés qui a pesé lourd :

Et ça, c'est quelque chose, enfin au début en tout cas, je l'ai mal vécu, j'ai eu pas mal de baisses de moral, j'étais là : « mais si c'est comme ça, je peux pas continuer là. » Personnellement je me suis dit : c'est pas comme ça que j'imagine mon métier. (Judith, E1, p.124)

L'impossibilité d'assumer son travail selon ses valeurs, entre autres au niveau relationnel, générerait une frustration massive qui, si elle ne remettait pas en cause son choix professionnel, l'amènerait à rediscuter ce poste en milieu somatique aigu. C'est un retour à une charge de travail normale après deux mois qui lui a permis de se projeter plus loin. Nous pouvons bien sûr faire l'hypothèse que le développement des compétences réalisé entre-temps y a contribué aussi. Pour Sabina, c'est surtout l'inexpérience de l'équipe qui a pesé puisqu'elle a bénéficié d'un soutien formel après les premiers jours. Ses difficultés (nous y reviendrons dans le chapitre 8 sur les erreurs) étaient surtout liées aux soins eux-mêmes. Néanmoins, l'absence d'appui sur l'expérience solide d'anciennes a généré chez elle un doute et une insécurité permanents.

6.3.2 Soutien à l'insertion : du déclaré à l'offre effective, enjeux pour la NP et l'équipe de soins

Cléa, Agathe, Judith et Roxanne dans son deuxième poste ont travaillé dans la même institution. Le soutien à l'insertion qu'elles ont obtenu était très similaire. Lors de leur dernière année de formation, elles avaient eu l'occasion de rencontrer leur futur employeur qui leur avait annoncé un doublage d'un mois. Comme nous l'avons vu, il n'en fut rien, pour aucune d'entre elles. L'introduction habituelle de trois jours (un pour tous les nouveaux employés, et deux spécifiques pour les infirmières en lien surtout avec les logiciels informatiques) a été d'un intérêt relatif :

Ces trois premiers jours, on se sent un peu entre deux, on commence mais on est un peu à part, ça allait bien, je trouvais que ça permettait d'entrer un peu moins stressée dans l'équipe, ça s'est fait un peu petit à petit. (Agathe, E1, p.1)

En fonction du moment où elles avaient fait un stage dans cette institution, elles n'avaient pas appris grand-chose de nouveau, même si, comme nous l'avons vu, les aspects administratifs n'étaient pas maîtrisés. Ces journées ont représenté un sas entre la formation et la prise de poste, ce qui, symboliquement, avait de l'importance. Charline et Sabina eurent également une journée d'information générale. Pour Charline, ce fut surtout l'occasion d'une prise de conscience du milieu dans lequel elle arrivait :

Quand j'ai vu que tout se faisait en allemand, ma journée a viré au cauchemar. Mon problème à moi, c'était surtout ça, je pense que sinon j'aurais apprécié la journée. (Charline, E1, p.28)

Le doublage : l'offre la plus souvent nommée et proposée

Agathe, Roxanne et Judith eurent encore deux jours d'introduction dans le cadre de leur service respectif qui visèrent des objectifs différents. Pour Judith, il s'agissait d'une information sur le fonctionnement général du service à un niveau essentiellement organisationnel (horaire, demande de congé, organisation de la journée, etc.). Les ICUS le faisaient pour les 4 nouvelles infirmières des deux services dont elles étaient responsables ensemble. Cela ne peut donc pas être considéré comme un doublage, dans le sens d'un travail en partenariat sur des situations de soins. Judith se retrouva donc effectivement seule dès son premier jour au lit du patient.

Les deux autres NP ont eu l'opportunité de travailler en duo avec une collègue. Ce fut apprécié par Agathe car elles travaillèrent de concert, ce qui lui permit d'observer ce que l'autre faisait, de réaliser des soins elle-même, et de poser des questions au fur et à mesure. Dans son deuxième poste en médecine, Roxanne, dont le collègue était l'ICUS, regretta que celui-ci réalise tous les soins, la gardant en position d'observatrice. Nouvelle, face au chef, elle n'osa pas demander de pouvoir se trouver dans une posture plus active avec son soutien. Suite à ces deux jours de doublage, elles se virent toutes les deux attribuer leurs patients comme les autres membres de l'équipe. Quant à Cléa, elle n'eut aucun doublage, ni personne de référence désignée.

En résumé, il y avait un décalage majeur entre le soutien annoncé par les chefs de l'institution et la réalisation effective de celui-ci. L'argument le plus souvent avancé était la surcharge de travail à ce moment-là, donc l'impossibilité de libérer quelqu'un pour le faire. Parfois, la surcharge semblait être un prétexte, pour ne pas avouer qu'il n'y avait pas de volonté de mettre en place un doublage. Agathe en fera la remarque suite à l'arrivée des nouveaux NP de la promotion suivante. Chez Cléa, il n'y avait pas de désir de l'ICUS d'offrir un doublage, elle était explicite à ce sujet. Même si Cléa s'est adaptée et à positiver ce choix de l'ICUS, arguant que ça l'avait obligée à se prendre en charge, ce n'était pas anodin pour elle :

Je trouvais assez bizarre quand même de pas être doublée parce que je me sentais sûre sur le moment, mais c'est vrai que s'il m'arrivait quelque chose, j'étais pas à même de réagir dans le meilleur des cas. (Cléa, E1, p.65)

Le doublage aurait représenté une base de sécurité non négligeable. Elle l'a notifié à son ICUS lors du bilan des trois mois, même si elle connaissait sa position. Celle-ci n'en a pas changé. Cléa me signala qu'elle allait être attentive, si une nouvelle commençait, de lui apporter l'aide nécessaire pour qu'elle ne vive pas la même chose qu'elle. L'ambivalence du discours montre bien les tensions identitaires qu'il peut y avoir entre le besoin de s'intégrer en s'adaptant au mode de faire du groupe et le besoin de réaliser les soins selon des critères optimaux qui sont les siens. Judith a aussi parlé à ses cheffes de la difficulté pour elle de ne pas avoir eu assez de soutien. Quelques mois plus tard, il y eut des changements :

Les cheffes, elles proposaient qu'elles mettent une cinquième personne mais qui soit totalement avec la nouvelle diplômée, donc pendant deux, trois semaines elle ait un suivi. Qu'y ait vraiment un doublage. Alors ça, je disais, j'aurais bien voulu avoir ça aussi (rire). (Judith, E5, p.128)

Nous le voyons, dans une même institution, l'offre pouvait être très différente, semblant, à ce moment-là en tout cas, dépendre de la volonté et de la prise en compte des besoins des NP par les ICUS ou de leurs représentations de l'insertion.

Une offre de soutien diversifiée

Pour Charline, il avait été prévu un doublage de trois semaines et l'ICUS avait anticipé de la faire travailler avec une infirmière qui parlait le français, ce qui fut bienvenu parce

que les obstacles majeurs rencontrés par Charline étaient liés à sa maîtrise insuffisante du langage professionnel allemand. Des visites dans les services avec lesquels elle allait collaborer ont aussi été organisées dans les premières semaines. Cela permettait un contact direct avec les gens et un accès à la structure. Les protocoles, s'ils l'interrogeaient, étaient une aide précieuse. Elle profita aussi de bilans réguliers avec l'ICUS. Charline a très vite démontré de bonnes compétences dans son travail, le doublage a donc été allégé après une semaine, c'est-à-dire qu'elle avait ses patients attribués et une infirmière désignée en ressource. C'est également pour cette raison que l'infirmière avait donné congé à l'autre collègue le soir qui fit événement, où Charline s'est retrouvée seule. C'est là un des paradoxes qui a également été vécu par Elisa : leurs bonnes compétences conduisent leurs collègues à minimiser leurs besoins d'apprentissage et de soutien, du coup une valorisation importante devient simultanément un obstacle, les plaçant précocement face à une autonomie excessive pour elles :

*Ça fait tellement bizarre, et tu te dis : « finalement, t'as tellement d'autonomie ! »
Ça fait presque peur... Oui, je pense trop [d'autonomie]. En un coup, ça fait trop.
(Charline, E1, p.31)*

A noter que ce regard très/trop positif renforce l'estime de soi et la confiance en soi, ce qui peut créer une protection face aux obstacles rencontrés. Ce fut le cas pour toutes les deux.

Après quelques jours chaotiques dus apparemment aux vacances de l'ICUS, Sabina obtint un soutien formalisé et diversifié. Elle fut doublée, on ne lui attribua pas les patients les plus complexes, leur nombre fut d'abord restreint, puis augmenté progressivement. En plus de l'aide habituelle fournie, des supports supplémentaires tels que le travail avec une clinicienne lui furent proposés en fonction des difficultés particulières qu'elle rencontrait. Elle est celle qui obtint le plus d'aide et qui pourtant vécut le plus difficilement la transition. La langue et un mode de fonctionnement très différent de celui qu'elle avait vécu en Romandie y jouaient un rôle important.

Les collègues directs, le soutien prioritaire et indispensable

Finalement, pour toutes, le soutien principal est venu des collègues directes de travail dans une logique de fonctionnement « questions-réponses ». En tenant compte du grand nombre de limites des NP dans leurs débuts, cette méthode semble poser un certain nombre de problèmes. En effet, les NP elles-mêmes signalaient leur difficulté à cerner les situations des patients, les soins à réaliser auprès d'eux, etc., ce qui impliquait également une difficulté, voire parfois une impossibilité, à se poser les bonnes questions. Si elles ont toujours trouvé une grande disponibilité de la part de leurs collègues, elles n'avaient pas besoin seulement de réponses, mais aussi d'aide au questionnement. C'est à ce niveau que se pose fortement la question de la sécurité des patients et des professionnels d'un point de vue institutionnel.

Les NP ont toutes signalé que non seulement leurs collègues se montraient ouvertes à leurs questions, mais qu'elles leur rappelaient régulièrement de ne pas hésiter à leur

demander. Cette offre sincère a été unanimement appréciée et était celle qui était vraiment indispensable au quotidien. Dans les débuts, les pairs sont aussi les personnes avec qui les NP créent le plus facilement des liens. Les infirmières-cheffes sont perçues comme intimidantes (Smith, 2007), les nouvelles diplômées ne se tournent pas spontanément vers elles, même si elles sont censées être des références pour l'équipe. Agathe, parlant du bilan de fin du d'essai après trois mois, se demandait comment les ICUS allaient pouvoir l'évaluer :

Je me suis dit, elles [les cheffes] m'ont franchement pas énormément suivie. (Agathe, E1, p.12)

Cette expression « être suivie », renvoie à la formation, aux personnes qui les évaluaient, donc dans un rapport hiérarchique où elles se trouvent en position de fragilité. Il est vraisemblable que dans ces débuts où elles sont encore en doute sur leurs compétences, elles ont de la peine à percevoir les ICUS comme des ressources. Cela se retrouve aussi vis-à-vis des médecins que la plupart d'entre elles considèrent comme supérieurs. Elles vont donc naturellement vers les collègues qui sont proches. Les reconnaissent-elles pour autant comme des pairs ? Probablement pas au tout début où les NP découvrent l'équipe et commence à chercher leur place dans ce groupe. Pour Judith et Agathe qui avaient des collègues de classe dans leurs équipes, c'étaient elles leurs pairs prioritairement. Quand elles parlaient au « on », c'est souvent de cette association-là qu'il s'agissait. Nous pouvons donc nous interroger sur les enjeux d'un soutien qui repose essentiellement sur la sollicitation de personnes que les NP découvrent, avec qui elles souhaitent créer des liens, si possible grâce à la démonstration de leurs compétences. TSRPF les place dans une posture où elles donnent une première image d'elle-même. Solliciter de l'aide est normal. Par contre, quoi et comment demander renvoie à des représentations de ce qu'une NP devrait savoir, donc à la peur d'un jugement. Le souci prioritaire qu'elles avaient toutes de ne pas nuire aux patients était en ce sens un garde-fou pour *ne pas bricoler* n'importe quoi. Cela renvoie toutefois aussi au fait que c'était à elles de porter l'intégralité de la responsabilité des soins mais également de leur propre apprentissage.

Au niveau international, de nombreuses recherches se sont intéressées à l'aide qui pourrait être proposée aux NP. Le soutien qui a été analysé le plus systématiquement et qui semble le plus profitable est le préceptorat. Il augmente la confiance en soi des NP (O'Malley Floyd *et al.*, 2005; Ulrich, 2003), est essentiel pour adoucir la transition (G. Higgins *et al.*, 2010). Cependant des conditions sont requises pour atteindre cet effet. Ces dernières dépendent grandement des ressources accordées par l'institution pour l'activité d'encadrement du nouveau personnel et des NP. De fait, Whitehead *et al.* (2013), dans une revue de littérature sur le support apporté aux NP en Angleterre, relevaient que le préceptorat devait être d'au moins quatre mois, idéalement six. En ce qui concerne les NP, nous en sommes donc très loin, si ce n'est pour Sabina.

En ce qui concerne le rôle de préceptrice, n'importe qui ne peut pas l'être puisque cette dernière doit avoir de l'expérience, posséder des compétences pédagogiques et être capable d'une bonne réflexivité sur sa pratique (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2002; Smith,

2007). Ces qualités permettent de guider le développement de connaissances et de compétences de la NP, et de réadapter le soutien en fonction des spécificités de cette jeune professionnelle et du contexte. Il faut donc aussi une continuité avec la-les même-s personne-s. Le préceptorat est plus efficace quand il est renforcé par le soutien des pairs et des moments d'entraînement obligatoires (analyse de situation, développement d'aptitudes techniques, etc.) (Whitehead *et al.*, 2013). Nous le voyons, ce soutien comprend à la fois des aspects d'aide directe dans la réalisation du travail au quotidien, mais aussi un pilotage qui se construit en partenariat entre la NP et la préceptrice. Ce pilotage faisait partie des éléments qui auraient été souhaités par les NP, entre autres à travers des bilans réguliers de leur insertion dans une visée formatrice. Le bilan de fin de temps d'essai à 3 mois ne jouait pas ce rôle-là.

Dernier enjeu, non des moindres, pour que le préceptorat soit réalisable, il doit être reconnu au niveau managérial. Cela implique que du temps soit octroyé et effectivement donné. Le paradoxe dans la réalité analysée est que la surcharge de travail induit un besoin de soutien accru des NP alors que dans le même temps les préceptrices sont elles-mêmes surchargées. Le statut de la préceptrice doit être reconnu, ce qui passe par une diminution sa charge de travail pour qu'elle puisse être présente auprès de la NP et une revalorisation salariale pourrait aussi entrer en ligne de compte. L'institution garantit que les préceptrices ont les compétences et la motivation requise pour ce rôle et offre la possibilité de les développer au besoin. Finalement, nous pourrions dire que ces conditions permettent à l'institution, à la préceptrice et à la NP de tirer des bénéfices de ce soutien. Malheureusement, ce n'est pas souvent le cas. Du coup les préceptrices, par surcharge et épuisement, ont tendance à se désengager pour se protéger. Chez les NP qui se trouvent dans des équipes très jeunes (Judith, Sabina, Agathe dans une moindre mesure), les rares « anciennes » sont les personnes de référence, et elles sont effectivement débordées par les sollicitations. Elles risquent donc de s'épuiser :

On sent qu'y a un pilier et que y a plus un suivi, mais par contre, elles [les anciennes] sont plus assaillies justement (rire) par les plus jeunes, par les nouveaux. (Judith, E1, p.128)

Nous constatons donc que les NP étaient loin de rencontrer le soutien présenté comme idéal, ou du moins celui qui augmente la satisfaction au travail et les fidélise. Les circonstances de survenue de TSRPF étaient même leur antithèse. Nous nous sommes ici essentiellement concentrés sur l'accueil offert dans des institutions de moyenne et grande taille, du milieu somatique aigu et qui travaille selon un mode *travail en équipe*. En fonction des missions et des structures spécifiques, les possibilités de soutien peuvent s'avérer très différentes. C'est ce que nous allons donc voir.

6.3.3 Contextes/missions spécifiques et enjeux par rapport à TSRPF : soins à domicile, home, en intérim

Intérimaire ou remplaçante : quelle reconnaissance du statut de nouvelle professionnelle ?

Roxanne et Elisa ont débuté dans des structures et des contextes différents des cinq autres NP. Pour toutes les deux, il s'agissait d'un remplacement temporaire d'une diplômée. Si Elisa est passée par une agence d'Intérim alors que Roxanne a eu une embauche directe, elles se sont retrouvées face aux mêmes particularités. Elles commencèrent à travailler dans des équipes en sous-effectif, ayant besoin d'une force de travail immédiate et pour un temps limité. Elisa venait pour deux semaines à 100 %, Roxanne travaillait à 60 %, son contrat se reconduisant de semaine en semaine. De toute évidence, la question de l'insertion ne se pose pas du tout de la même façon que pour celles qui débutent avec un contrat à durée indéterminée. Il s'agit d'avoir quelqu'un d'indépendant, immédiatement opérationnel, capable de s'adapter à des contextes très diversifiés, et qui va permettre à l'institution de remplir sa mission. La centration n'est donc pas sur la personne qui arrive, mais bien plutôt sur les compétences attendues d'une infirmière qui qu'elle soit. La prise en compte du statut de nouvelle professionnelle semble donc ne pouvoir que très modérément être pris en compte dans ce contexte.

En ce qui concerne les soins à domicile, les conditions pour être embauché sont d'avoir deux ans de pratique post-diplôme parce que le travail se réalise de manière indépendante, au domicile des patients, en interdisciplinarité, et nécessite une très bonne connaissance du réseau et de la politique sociosanitaire. Remplaçantes aux soins à domicile, les deux NP présentent apparemment un double handicap pour répondre aux attentes. Roxanne avait une expérience de 4 semaines de stage en 4^{ème} année, Elisa n'en avait aucune et pourtant toutes les deux vont donner satisfaction, même si elles eurent deux accueils différents.

Premier pansement, seule au domicile d'un patient : un événement initiatique

Elisa a ressenti avec force le besoin que l'équipe avait de ce remplacement :

J'ai été bien accueillie. On m'a déroulé le tapis rouge parce qu'ils avaient vraiment besoin d'aide. (Elisa, E1, p.90)

Cela impliquait qu'elle arrive plus tard car elle était dépendante des transports en commun et qu'on vienne la chercher à la gare ! Elle travailla pendant un jour avec différentes infirmières, puis seule. Elle avait toujours la possibilité d'appeler au cellulaire une collègue désignée. L'expérience lui a montré que la disponibilité et le soutien étaient réels. La documentation des dossiers des patients était aussi une ressource précieuse :

Ils ont un bon système de dossiers avec des protocoles pour tous les soins où finalement j'étais assez peu perdue parce que, déjà, ils ont des plans précis pour joindre les maisons, donc sur l'ensemble de la mission je pense que je me suis perdue

une fois. Ensuite, pour les soins, c'était tout très bien protocolé. Et avant de partir, je demandais une vue d'ensemble pour chaque patient. (Elisa, E1, p.91)

La remarque d'Elisa met en évidence un élément particulier de son activité : les déplacements d'un patient à l'autre. La région où elle se trouvait était étendue, comportant de nombreux petits villages, parfois difficiles d'accès. Dans un contexte de soins à domicile, le temps est comptabilisé pour les soins prescrits par les médecins et est plutôt limité. L'organisation de la journée peut être fortement perturbée par des déplacements plus longs que prévus et pour la NP, ceci peut être un stresser important. Son premier jour de travail seule, il neigeait : Elisa a fait deux tête-à-queue, certes sans gravité, mais c'était là une perturbation importante. Nous pouvons aussi nous demander à quel point la tension induite par ce premier jour n'a pas influencé sa conduite, favorisant la survenue de ces incidents. C'est là un risque spécifique aux soins à domicile.

Un événement particulier de la prise de poste d'Elisa est que, le 2^{ème} jour où elle travaillait seule, une collègue l'a mise en garde au bureau par rapport à un patient chez lequel elle devait se rendre :

Quand j'ai demandé à ce qu'on me présente ce patient, l'infirmière m'a expliqué ce qu'il avait et elle m'a dit : « bon, tu t'effraies pas, c'est vraiment une plaie très très moche ! » Je sais pas pourquoi ils me l'ont mis, ça devait vraiment être qu'ils avaient pas d'autres possibilités, mais j'ai senti dans la voix de l'infirmière que vraiment c'était quelque chose d'horrible... Donc j'ai eu de l'angoisse, j'étais très angoissée parce que j'ai su à l'avance que j'allais aller chez ce monsieur. (Elisa, E1, p.92)

Il s'agissait pour Elisa d'aller faire un pansement au niveau des orteils chez un patient diabétique. Celui-ci avait une atteinte sévère du pied et si l'évolution de la plaie était défavorable, une amputation allait s'avérer nécessaire. C'était un moment charnière. L'infirmière était visiblement consciente de l'impact que cette situation pouvait avoir sur une collègue, parce qu'elle en était elle-même affectée. Plus que les mots, c'est l'émotion qui les accompagnait qui a mobilisé Elisa. C'est là une forme de soutien non négligeable : l'angoisse qu'elle ressentit a conduit Elisa à s'interroger sur les réactions qu'elle serait susceptible d'avoir, sur ce dont ce patient et son épouse pourraient avoir besoin, etc. C'est ce qui fit que, même si la situation fut aussi « moche » qu'elle l'avait imaginée, elle en sortit grandie, rassurée :

Après, je me suis dit : « quand même, maintenant, je pense que j'ai vu le pire au niveau des pansements, donc je suis prête pour la suite maintenant. Même s'il était peut-être pas super bien fait ce pansement, je suis contente, j'ai survécu et ça m'a pas tuée. » Donc je suis repartie en poussant un grand soupir et en me disant je suis capable de faire. (Elisa, E1, p.93)

Nous percevons bien dans son discours toute la charge émotionnelle qu'a suscitée cette situation, où de plus elle était seule. Ce moment eut une valeur initiatique pour elle. Elle obtint aussi de l'aide de ses collègues d'une manière détournée : la femme du patient compléta les données du protocole en lui expliquant comment les autres faisaient le

pansement, leur tour de main. Le patient et son épouse lui offrirent également des œufs, signe de reconnaissance de ses soins qu'Elisa a apprécié.

Niveau d'indépendance : de trop à trop peu

Roxanne devait faire son remplacement dans un service qui avait deux secteurs. Elle était prévue uniquement dans l'un. Suite à un appel lui demandant de commencer une semaine plus tôt, elle débuta le lundi suivant dans l'autre secteur pour quelques jours. Donc deux lundis à suivre, elle fit l'expérience de débuts très contrastés : dans l'un, elle était totalement seule sans voir personne, dans l'autre elle était supervisée de manière serrée. Concernant son premier jour, elle dit :

Je suis arrivée le matin, on m'a donné mes dossiers et bonne journée, sans rien me dire, ni sur les patients, ni sur leurs soins, j'ai tout cherché moi-même, lu et j'ai été. Je me suis sentie plutôt laissée à moi-même, à me dire : « mon Dieu, comment je vais commencer par ce travail en étant toute seule avec personne à qui je peux parler ? » (Roxanne, E1, p.155)

Son horaire était décalé par rapport aux autres. Elle estimait avoir vu quelqu'un pendant deux minutes et c'est tout. Elle venait donc pour dépanner et se retrouvait complètement livrée à elle-même. Elle ne connaissait personne, n'avait pas de personne ressource désignée : elle était véritablement seule en responsabilité le jour 1.

Durant cette première journée, elle eut le sentiment de faire le grand écart entre les situations. Pour la plupart, il s'agissait de soins simples qu'elle a eu le sentiment de bien assumer. Par contre, elle s'est sentie déconsidérée dans l'une d'elle:

Je me suis aussi retrouvée où ça m'a plutôt vexée dans mon amour-propre, parce qu'en fait on m'a envoyé chez un monsieur, c'était juste uniquement pour faire des ménages. Je trouve que j'ai déjà l'amabilité d'aller en avance, d'aller remplacer, et on m'envoie, enfin je veux pas dénigrer les aides ou comme ça, mais je trouve que c'est pas mon rôle d'aller poutzer¹⁶ chez les gens. (Ibid., p.155-156)

Nouvelle diplômée, elle se voit confier une tâche d'aide-soignante ou d'aide-ménagère : entre la pression ressentie de se retrouver seule en responsabilité et la tâche confiée, il y a un décalage difficile à justifier. Roxanne se disait que l'ICUS ne savait peut-être pas qu'elle était infirmière. Elle la protégeait presque dans son discours, alors que l'argument ne tenait pas puisque, chez le patient suivant, elle devait réaliser un acte exclusivement infirmier : la pose d'un antibiotique intraveineux. Clairement, ce mélange de niveaux de responsabilité lui donna l'impression qu'elle venait pour « boucher les trous » dans l'organisation d'un service en sous-effectif. Dans tous les cas, ce fonctionnement institutionnel n'a pas satisfait Roxanne, l'a même vexée. Elle ne voyait personne, toutes les transmissions passaient par les rapports écrits, elle n'avait donc pas de retour sur ses

¹⁶ Nettoyer

prestations. Cette attribution de patients pouvait donc être perçue comme un défaut de reconnaissance, tant du travail réalisé que du service rendu, d'où la vexation ressentie.

Le lundi suivant, elle commençait dans le service pour lequel elle avait été engagée. Là, ses débuts furent totalement différents : alors qu'elle avait été *languée* une semaine plus tôt, elle s'est sentie sous surveillance. Une infirmière était prévue pour la coacher :

Je me suis sentie un peu toujours avec mon statut de stagiaire. Je me suis dit : « bon c'est normal parce qu'ils doivent quand même me présenter le service, me présenter les patients. » Après, c'est vrai que je trouvais que par exemple une prise de tension, on est planté à côté de moi, voir comment je prends, comment je calcule les puls [pulsations]. J'estimais quand même qu'en sortant de quatrième année, c'est le genre de choses qu'on n'a plus vraiment besoin de contrôler. Donc je trouve que c'est un peu rabaissant. (Roxanne, E1, p.156)

Comme auparavant pour l'ICUS, elle essayait de comprendre le point de vue de l'autre, ce qui justifiait une attitude qu'elle ressentait comme inadéquate. Elle estimait normal qu'on ne lui fasse pas confiance d'emblée, qu'elle ait à faire ses preuves, mais sur des activités « nobles », spécifiques à une diplômée et pas sur des tâches qui avaient été évaluées dans ses tout débuts de formation. C'est cela qui la renvoyait au statut de stagiaire. Nous voyons qu'à quelques jours d'écart, elle se retrouve une fois dans une position qui la met en doute sur le fait d'être prête à être diplômée et une autre qui la place dans une forme de régression que, visiblement, elle ne souhaite pas. Des deux postures, elle préfère le défi et trouve le contrôle *rabaissant*, comme elle avait trouvé *vexant* de devoir faire le ménage. Clark et Holmes (2007) relevaient que, autant des attentes trop hautes pouvaient être problématiques, autant le défaut d'attente influençait négativement la confiance en soi des NP. Nous retrouvons cela chez Roxanne qui est atteinte dans son estime d'elle-même, ne se sent pas reconnue à sa juste valeur, celle d'une infirmière diplômée malgré ses doutes. Le regard de l'autre sur soi tel qu'il est perçu pèse lourd.

Ce qui va lui permettre de sortir de ce sentiment de dénigrement, c'est qu'elle apprit à connaître l'infirmière en travaillant durant quelques jours avec elle. Elle a ainsi pu interpréter autrement son attitude : celle-ci était très investie dans son travail et souhaitait que Roxanne, qui allait la remplacer, s'occupe le mieux possible de ses patients :

Du coup, je trouvais ça à la limite chou pour ses patients (rire) parce qu'au moins c'est vrai que je connaissais les gens presque tous avant d'être allée la première fois. (Roxanne, E1, p.157)

Nous voyons un déplacement du regard de Roxanne. Au début, probablement prise par son stress et les enjeux de sa prise de poste, quand elle cherchait à comprendre les motivations d'autrui, elle les percevait presque exclusivement en regard d'elle-même. Elle était autocentrée, cherchant à comprendre les attentes vis-à-vis d'elle. Avec la création d'un lien, même bref, elle a pu se décentrer et ainsi percevoir les enjeux pour sa collègue orientés vers les patients et pas vers elle-même. A partir de là, le regard d'autrui devint moins menaçant. Cela pose bien les enjeux des interactions pour les NP : c'est

essentiellement à travers elles qu'elles essaient d'évaluer si elles répondent aux attentes, entre autres en se sentant acceptées.

Travailler en home : Seule en responsabilité car seule de son statut

Après deux semaines de soins à domicile, la deuxième mission en intérim d'Elisa eut lieu en EMS, dans un service spécialisé dans la prise en charge de patients atteints de démence. Elle bénéficia d'une introduction de 3 jours par l'ICUS comme toute nouvelle employée. L'axe prioritaire en était la philosophie de soins et la prise en charge spécifique de ces patients. Par la suite, Elisa travailla quelques jours avec l'ICUS, chacune s'occupant d'un secteur, mais elle avait toujours quelqu'un à disposition en cas de question. Comme elle n'avait fait aucun stage dans ce milieu, ceci lui fut fort utile. C'est la semaine suivante qu'elle découvrit une réalité du travail en home qu'elle n'avait pas anticipée :

Je me suis retrouvée cheffe alors que je sors de l'école. (Elisa, E1, p.95)

Dans les homes, l'organisation veut que le personnel infirmier représente 30 % du personnel soignant, le reste étant des formations issues du secondaire II. L'infirmière est la personne la plus qualifiée, les autres professions lui sont déléguées. Vu leur nombre, les infirmières sont généralement seules dans le service durant un horaire. Elisa avait eu des doutes sur ses connaissances et compétences en lien avec la psychogériatrie, mais elle ne s'était jamais interrogée sur sa capacité à gérer des collègues moins formés. Se retrouver dans cette posture de cheffe faisait événement : elle se sentait débutante, nouvelle et elle était censée être l'experte ! Même si hiérarchiquement les choses auraient dû être claires, c'est le regard et l'attitude des membres de l'équipe qui la positionnèrent vraiment dans ce rôle :

Là, vraiment, le manque de pratique, pour moi c'était clair parce que tout le monde se tourne vers moi alors que moi j'en ai aucune idée. J'ai des connaissances ; maintenant sur la pratique, j'estime que tous les aides-soignants qui sont là-bas, ils ont plus de jugement clinique que moi. (Elisa, E1, p.95)

Tensions entre le soi actuel et les attentes des membres de l'équipe et de l'institution

Elisa était inexpérimentée par rapport au domaine spécifique des démences séniles, par rapport à la gestion de son propre travail dans ce contexte spécifique. Mais à cela s'ajoutait le fait que, jamais, elle n'avait tenu un rôle de cheffe d'équipe. Dans les stages, elle avait certes travaillé sur les compétences de gestion, délégation, supervision, mais dans des domaines où les infirmières étaient les plus nombreuses et elle était stagiaire. Là, alors qu'elle n'avait travaillé que deux semaines en tant que diplômée et qu'elle sentait que la transition entre stagiaire et diplômée était encore en cours même si sa première expérience aux soins à domicile lui avait démontré qu'elle avait une bonne base sur laquelle s'appuyer, elle devait soudainement gérer et organiser le travail de toute l'équipe, être personne de référence. C'était trop en même temps :

C'est l'angoisse au boulot. Ces deux mois, de par cette fonction, je pense que j'ai été encore plus stressée qu'aux soins à domicile parce qu'on doit tellement jongler,

faire plein de choses à la fois et en même temps être responsable des autres, et en même temps gérer tes propres prises en charge parce que les patients te prennent du temps, la majorité du temps, mais en tant qu'infirmière t'as d'autres choses en plus. (Elisa, E1, p.97)

L'angoisse était omniprésente, envahissante. Sa responsabilité ne concernait pas seulement son propre travail, mais aussi celui des autres et la qualité de la prise en charge globale du service. Les décisions à prendre constamment étaient une source d'inquiétude permanente. Elles représentaient de multiples pierres d'achoppement qui additionnées les unes aux autres faisaient de la prise de décision un événement. Même si toutes n'étaient pas de grande envergure, c'était à Elisa, la plus inexpérimentée de l'équipe, de prendre position. Elle ne se sentait pas la légitimité de le faire et son manque d'expérience l'empêchait de pouvoir anticiper les effets de ses décisions, d'où un sentiment de faire des *paris* en permanence :

Je fais un peu par élimination. C'est très intellectuel comme démarche, je me pose la question : quelles sont les autres options ? Quelles sont les conséquences pour chaque option ? Et après je choisis la moins pire. (Elisa, E1, p.98)

Nous voyons bien le niveau d'insécurité et d'angoisse : plus que de faire ce qui serait le mieux, elle essayait surtout de ne pas nuire ! Il y avait donc aussi des tensions identitaires entre soi actuel et soi idéal. Ses craintes concernaient les patients et ses collègues. En effet, face à des patients démentifiés, comment savoir ce qui serait le mieux pour eux? :

Des fois, c'est tellement dur de juger une situation quand on n'a pas l'expérience clinique où on sait dans ce genre de situation c'est plutôt ça qui va faire du bien ou plutôt ça. Quand on est en présence d'une souffrance presque totale, une fin de vie, je veux dire y a pas grand-chose de bien, c'est dur des fois de faire vite la liste des pour et des contre et de dire : « ça, c'est la meilleure solution. » Et c'est mon jugement à moi en tant que personne qui est là depuis deux semaines ou trois semaines, je veux dire c'est léger comme poids, et c'est à moi qu'on demande de faire ce choix, c'est énorme... (Ibid.)

Elle avait également peur de nuire à ses collègues, puisque c'étaient souvent eux qui allaient mettre en application sa décision. Elle ne voulait en aucun cas les mettre à porte-à-faux avec leurs convictions :

J'aimerais pas demander aux soignants de faire des choses que eux ils trouvent que c'est pas très bien ou c'est nul ou ça devrait être fait différemment. (Elisa, E1, p.96)

Nous le voyons dans son discours, Elisa semble écrasée sous le poids de cette responsabilité. En plus, ce rôle de cheffe colorait son insertion dans l'équipe. Elle avait besoin de l'expérience des aides pour récolter les données nécessaires à sa prise de décision, mais elle était en position d'autorité par rapport à eux. Si elle jouait plutôt profil bas, eux la remettaient systématiquement dans son rôle. Du coup, la ressource que représente souvent l'équipe devenait par moments un obstacle :

Ça a incité certaines soignantes à venir vers moi et à faire un peu pression ou à se mêler de choses dont elles devraient théoriquement pas trop se mêler. (Ibid., p.96)

Dans ce contexte, elle ne pouvait se relâcher à aucun moment. Les relations interpersonnelles étaient porteuses d'enjeux de pouvoir plus ou moins explicites. Les attentes transparaissaient beaucoup à ce niveau. Elisa a obtenu la confiance de l'équipe et de l'ICUS qui aurait souhaité qu'elle continue avec un contrat fixe. La reconnaissance a été très sincère mais n'a pas suffi à contrebalancer la lourdeur de l'expérience. Le ressenti d'Elisa n'était pas correspondant :

J'ai tendance à me dire que je dois être apte puisque je suis infirmière, mais j'ai l'impression de voguer un peu à la limite, sur une corde où j'essaie de gérer quelque chose pour laquelle je suis pas tout à fait prête. (Ibid.)

Les enjeux identitaires pour Elisa étaient importants. En période de transition, alors qu'elle s'interrogeait sur ce qu'elle valait comme infirmière, les résultats de cette expérience pouvaient influencer fortement son sentiment de compétence. L'angoisse permanente peut être significative de la menace ressentie. Mooney (2007a) met en évidence que les attentes sont vraiment trop lourdes quand les employeurs considèrent comme acquis que les NP maîtrisent toutes les connaissances et compétences de base et attendent de leur part des compétences plus complexes telles que l'encadrement, la gestion de conflit et le fonctionnement de la dynamique d'équipe. Elisa se retrouve dans cette position. L'angoisse est une des manifestations selon E. T. Higgins (1987) des tensions identitaires entre soi actuel et soi normatif. L'insécurité permanente a généré aussi des tensions entre sa vie professionnelle et sa vie privée : elle était tellement sous tension, que le trop-plein avait tendance à ressortir le soir sous forme d'irritabilité vis-à-vis de son mari. Elle en était consciente, mais elle ne savait pas comment gérer autrement. Ce qui l'a aidée à tenir, c'est de savoir que ça allait être une expérience limitée dans le temps.

Nous voyons dans la situation d'Elisa une particularité du rôle infirmier en milieu gériatrique : cette position de responsabilité dans le cadre de l'équipe. Il y a fréquemment des plaintes des établissements médico-sociaux que les NP ne viennent pas travailler dans ce domaine où les institutions ont de la peine à engager du personnel diplômé. En dehors des représentations des jeunes infirmières sur les patients âgés, le rythme de travail, le peu de gestes techniques qui expliquent en partie ce fait, nous pouvons nous interroger sur ce dont elles ont besoin pour tenir leur rôle face à l'équipe. Visiblement le soutien à l'insertion devrait mettre un accent particulier à ce niveau.

Les soins à domicile, le travail en home, l'intérim interrogent particulièrement sur l'accueil de NP. Ce sont des milieux qui de prime abord ne semblent pas s'adresser à elles. Néanmoins, ils ont besoin d'elles et certaines NP les recherchent. Les offres d'accueil « standard » ne suffisent pas. Les spécificités du rôle dans ces contextes demandent un soutien spécifique qui est probablement plus difficile à fournir si le service est en sous-effectif et les structures plus petites, donc avec moins de ressources.

6.4 Relation entre NP et éléments du contexte

6.4.1 Nouvelles diplômées HES : regard/discours sur leur diplôme et impact sur le vécu de cette première fois seule en responsabilité

Toutes les NP ont débuté avec des craintes sur l'accueil qu'elles allaient recevoir en raison de leur diplôme HES. Elles étaient de la 3^{ème} promotion, donc pas les premières diplômées mais elles étaient encore peu nombreuses et étaient susceptibles d'être seules de ce statut dans l'équipe où elles arrivaient. Durant leurs stages, elles avaient fréquemment entendu des remarques critiques sur leur formation. L'accent était surtout mis sur une inflation de la théorie au détriment de la pratique. La dichotomie théorie/pratique était très présente dans ces propos.

Charline et Sabina qui débutèrent en milieu germanophone étaient dans une position particulière. La Suisse allemande, à l'inverse de la Suisse romande, a positionné la formation initiale au niveau ES. Le niveau HES était prévu pour un 10 % d'infirmières futures cadres et n'a débuté qu'en 2006. De ce fait, non seulement il n'y avait pas d'infirmières HES dans leurs unités respectives, mais il n'y avait pas eu de stagiaires non plus. Leur formation n'était pas connue, par contre quelques représentations sur le titre de Bachelor existaient :

Surtout que le système suisse allemand, système romand, c'est pas la même chose, alors eux, ils te voient diplômée, ils te voient Bachelor mais ils savent pas exactement à quoi ça correspond. Alors les capacités qu'ils te mettent, peut-être qu'eux, ils te voient ici alors que toi t'es là [geste haut / bas]. Bon là je pense pas que ça soit été le cas autant. (Charline, E1, p.31)

Il y avait une représentation du titre HES comme supérieur aux anciens diplômés. Ceci conduisit des collègues de Sabina à lui demander si elle était payée plus qu'elles, c'est d'ailleurs la seule question qu'elle eut par rapport à son statut. Ce n'était pas le cas, leur cahier des charges était le même. Charline s'est imaginé que c'était peut-être à cause de cette représentation qu'elle s'était retrouvée trop précocement seule, même si elle le relativise parce qu'elle savait avoir de bonnes compétences. Pour Sabina, c'était surtout un élément supplémentaire qui faisait qu'elle se sentait différente des autres infirmières du service dans ses débuts, en plus de la langue et du manque de stages dans le domaine.

Comme nous l'avons vu, Elisa et Roxanne, remplaçantes aux soins à domicile, puis au home pour l'une, étaient attendues comme infirmières. Si le statut de NP était peu, voire pas pris en compte, le fait qu'elles soient HES n'a jamais été évoqué. Il est probable que ces services n'étant pas reliés à une spécialité médicale, les manques de connaissances pointues qui sont souvent repérés en premier étaient beaucoup moins importants. De ce fait, leur formation de généraliste leur offrait des atouts dans un travail auprès de patients avec des pathologies chroniques, demandant des compétences plus générales et relationnelles.

C'est donc surtout dans les soins somatiques aigus que les discours sur le diplôme HES se sont fait entendre. Deux des NP travaillant dans un grand hôpital de soins aigus étaient

affiliées au département de médecine, et les deux autres à celui de chirurgie. C'est dans ce dernier que les critiques furent les plus virulentes. Judith, dans les premières semaines, se rendit à une rencontre initiée par les PF dans le but de créer un groupe de travail sur l'encadrement des étudiantes dans le département. Elle y alla avec l'intention de représenter le point de vue des stagiaires :

Ils ont pas arrêté de dire que les ASSC, ils font des liens beaucoup plus pertinents que nous [les HES], que nous ci, que nous ça, que l'école nous dit qu'on a le temps de s'adapter, enfin bref, tout le temps comme ça des critiques. Et c'est vrai que c'est assez pénible parce qu'en même temps je pense que n'importe qui, c'est pas parce qu'on est HES, quand on débarque dans un nouveau lieu, on a de toute façon besoin d'un temps d'adaptation, ça c'est évident. On peut pas arriver le premier jour après quatre ans d'étude et être comme si ça faisait dix ans qu'on travaillait, mais ça c'est difficile à faire entendre. (Judith, E1, p.126)

Les attaques semblaient viser à la fois la formation et l'institution école. Judith percevait dans ce discours un niveau d'attente inatteignable pour n'importe quelle diplômée. Quelques mois plus tard, Agathe tiendra le même discours :

Alors ça le point faible [de la formation] où on arrive, on nous demande d'être performant, de savoir les choses et on sait pas trop où on va. C'est peut-être pas que l'école qu'est mise en cause mais c'est aussi les institutions hospitalières où on laisse pas assez de place justement, y a quand même ça, aux nouveaux diplômés, où on nous demande d'être qualifié alors qu'on commence un travail, et je pense que les étudiants qui sortent de l'uni, peu importe n'importe où, tu commences ton travail, tu sais pas travailler. Donc je pense qu'y a aussi un manque de compréhension des institutions, et c'est pas que l'école. (Agathe, E6, p.24)

L'attente d'opérationnalité immédiate ainsi que le non droit à l'apprentissage perçus pesaient massivement sur les épaules de NP. Etrangement, on les laissait seules dès les premiers jours, malgré toutes les limites qu'on attribuait à leur formation. Il y avait là quelque chose de profondément paradoxal :

La cheffe, quand j'ai été au mois d'août visiter le service, elle m'a quand même dit : « avec la formation que vous avez, c'est clair il faut quand même bien six mois avant d'être bien opérationnelle. » Mais quand on arrive, en même temps on n'est pas tellement écouté, enfin on doit faire avec. (Judith, E1, p.126)

Même si toutes deux remettaient en question les choix institutionnels, il n'empêche qu'elles prenaient à leur compte les critiques faites à leur diplôme malgré le sentiment d'injustice ressenti. Pour Judith, la situation fut particulièrement aiguë car un de ses collègues de classe qui avait débuté dans le service voisin avait eu tellement de difficultés qu'il s'était arrêté après un mois :

Alors voilà, il suffit d'une expérience comme ça et après ça retombe sur tout le monde, alors que nous, les trois, dans mon service, on se débrouille bien et ça va bien. (Judith, E1, p.126)

C'est la généralisation à partir d'un cas qui était particulièrement difficile à supporter. Ce qui est intéressant de relever, c'est qu'à la manière dont les infirmières parlaient aux autres NP, elles les considéraient comme des collègues et pas comme des HES. Cependant, les NP étaient, elles, très conscientes d'en être. Les propos des infirmières ne semblent pas véritablement adressés mais plutôt généraux contre la formation, cependant les NP les prenaient personnellement. Des recherches (J. Kelly & Ahern, 2009; Pellico, Brewer & Kovner, 2009) signalent que les NP se plaignent de subir des brimades de la part des anciennes, les rapports interpersonnels pouvant s'avérer très violents. Si aucune des NP ne s'est plainte en ce sens, nous pouvons nous demander jusqu'à quel point ces discours anti-HES ne participent pas de cet état d'esprit. Jamais elles n'ont eu de critiques directes les concernant, ce qui a été confirmé par la suite par de bons bilans à la fin du temps d'essai. Il n'empêche qu'elles ont été blessées par ces propos, d'autant plus qu'ils démontraient un manque de reconnaissance de ce qu'elles réalisaient dans leurs débuts alors qu'elles auraient eu besoin de plus de soutien. Il en découlait des tensions identitaires entre soi actuel et soi normatif. Le regard de l'autre prenait probablement d'autant plus de poids que les doutes qu'il soulevait avaient été fortement intériorisés durant les stages. Le manque de feedback signalé de façon générale par les NP y contribuait, puisqu'il n'y avait pas de validation formelle de leur performance. Elles étaient donc seules là au milieu.

Dans le département de médecine, Roxanne et Cléa entendirent des commentaires sur les diplômés HES, sans que cela prenne autant d'ampleur :

Nous, on sait que vous êtes HES, que vous sortez avec des compétences mais qu'elles sont pas toutes praticables dans la réalité. On est là pour ça, tu poses tes questions. (Cléa, E1, p.62)

Les compétences sont là reconnues, avec des limites et certains doutes sur leur validité, et une offre pour y suppléer. Elles auraient toutes les deux aussi eu besoin de plus de soutien qu'elles n'en ont eu, néanmoins elles étaient moins « en faute » avec leurs manques et leurs besoins d'apprentissage.

Par contre, toutes ont entendu de leurs collègues directes une valorisation de leur réflexivité :

Il y a beaucoup de collègues qui ont dit qu'ils trouvaient que les HES, ce qu'ils aimaient bien, c'est que, peut-être on manquait un peu de connaissances et d'expérience, mais qu'en tout cas on se posait des questions. Ce côté réflexif, il ressortait quand même comme point positif de notre formation. (Judith, E1, p.127)

Ceci était d'autant plus important que, nous l'avons vu, les NP valorisaient également beaucoup cette réflexivité même si elles avaient des difficultés à la pratiquer au quotidien dans leurs débuts. Se retrouver en accord, avec les autres les plus significatifs, sur une valeur aussi forte était donc un élément de reconnaissance particulièrement important. D'un point de vue identitaire, cela renforçait leur estime d'elles-mêmes et pouvait, dans une certaine mesure, contrebalancer les discours négatifs.

6.4.2 Repérage des attentes : le poids de l'implicite

Le repérage des attentes de l'institution, des ICUS et des collègues a été déduit par les NP prioritairement à partir du soutien reçu lors de leurs débuts. En ce sens, TSRPF a joué un rôle majeur dans cette prise de conscience, puisque c'est à partir de lui que l'attente d'opérationnalité immédiate a été comprise : dès les premiers jours, elles devaient être aptes à assurer une charge de travail d'infirmière. A part Sabina qui s'est dit que ce n'était pas possible, qu'il devait y avoir une erreur, les autres n'ont pas remis en question ce qui arrivait. Elles ont surtout essayé de s'en sortir, de faire leur travail au mieux de leurs convictions dans un contexte défavorable. Le soutien obtenu durant le déroulement de la situation critique a, lui, mis de la nuance sur cette attente, sur le droit de demander et d'obtenir de l'aide.

Mooney (2007a) relève que les NP ont de très hautes attentes vis-à-vis d'elles-mêmes. Leur soi idéal, nous pourrions dire leur soi idéalisé de maîtrise et de contrôle de tous les pans de leur travail est mis à mal d'emblée par le fait qu'elles se retrouvent trop tôt seules dans des situations et des contextes dont elles ne possèdent que certaines clés. Elles ne peuvent donc être au niveau de leurs attentes personnelles. Il y a donc tensions identitaires entre soi actuel et soi idéal. Simultanément, elles sont confrontées à des injonctions d'efficacité, d'opérationnalité immédiate, avec des ressources limitées dans un univers qu'elles commencent à découvrir seulement. La crainte de ne pas y parvenir est omniprésente et se manifeste à travers de nombreuses peurs et angoisses.

Nous l'avons vu, stress, peur, angoisse étaient les émotions présentes lors des débuts. Selon Laplanche, la peur se définit en relation à un objet, permettant la mobilisation des ressources et des mécanismes de défense pour parer au danger. L'angoisse se réfère plus à une impression de danger diffus, difficile à cerner et à délimiter. Si la définition paraît simple, dans les faits la séparation entre peur et angoisse est beaucoup plus complexe que cela : « Il n'est guère de peur qui ne soit contaminée, qui ne soit lourde de plus que ce qu'implique la situation réelle » (Laplanche, 2006, p.72). Lhuilier (2007) précise : « La distinction entre peur-anxiété-angoisse est délicate car le passage de l'une à l'autre tient au débordement du système défensif individuel et donc non seulement au type de menaces en cause, mais aussi aux caractéristiques singulières de l'organisation défensive » (p.132). L'anxiété, pour elle, renvoie aux manques et à la conscience de ces manques. TSRPF est porteur autant d'éléments objectifs générateurs de peur et d'anxiété (manque de connaissances biomédicales, organisationnelles, administratives, techniques, etc.) que d'éléments plus diffus et menaçants tels que se faire une place dans l'équipe, être acceptée, être reconnue. Il y a une interdépendance forte entre le travail à réaliser effectivement et les enjeux pour elles et les patients si elles n'y parviennent pas. L'image qu'elles peuvent donner d'elles-mêmes à travers cet événement est une des premières représentations qu'elles donneront à leurs collègues.

Comme nous l'avons déjà signalé, un soutien formel et informel à l'insertion est un élément primordial pour adoucir la transition qui est de toute façon stressante et augmenter la satisfaction au travail. Se retrouver si tôt seule en responsabilité est un

événement fondamentalement anxiogène et potentiellement dangereux d'un point de vue identitaire. La manière dont la NP pense s'en être sortie, la reconduction du même type de situation critique, peut renforcer ou altérer une estime de soi, une confiance en soi et en ses compétences encore fragile et qui a besoin à ce stade d'être validée par les autres significatifs.

Face aux attentes, les NP prennent à leur compte la responsabilité de ne pas parvenir à y répondre. Elles ont tendance à adresser prioritairement des reproches à l'école qui les aurait trop protégées et les auraient ainsi empêché d'être armées pour affronter ce qui leur arrive (Lanza *et al.*, 2001; Mooney, 2007a). Les sept NP partagent ce discours mais interrogent aussi le milieu qui les accueille. Elles relèvent également que même si durant leurs derniers stages, elles avaient essayé de faire « comme si » elles étaient de « vraies » infirmières, la dureté des premiers mois, leur nouveau statut d'infirmière et le poids de la responsabilité les avaient plongées dans une réalité tourmentée. Malgré cette conscience des facteurs influençant la prise de leur premier poste, face à des événements ou des situations critiques précoces vécus durant les trois-quatre premiers mois, les NP ont eu tendance à prendre sur elles les difficultés qu'elles ont rencontrées. Elles se sont alors engagées dans des stratégies de survie, ont *bricolé, se sont débrouillées*, etc. avec toute l'incertitude inhérente à ce fonctionnement ; ceci leur a permis d'agir en tentant de faire le mieux pour le patient et de préserver/proposer à l'équipe une image initiale d'elles-mêmes comme quelqu'un d'efficace, correspondant à ce qui est attendu d'elles. Par contre, mieux vaut qu'elles ne commettent pas d'erreur car celle-ci peut s'avérer destructrice.

Attentes explicites mais non concordance des moyens

Une situation critique a été vécue par Agathe quand son ICUS a décidé de lui confier la prise en charge d'une patiente en postopératoire frais suite à une chirurgie lourde. Si effectivement il s'agissait de compétences indispensables pour une infirmière dans ce service, la manière de s'exprimer de sa responsable l'a fait se sentir d'emblée mise à l'épreuve :

D'entendre ça de la cheffe, je sais que je dois avoir, mais c'était vraiment : « t'es nouvelle, on va te donner les situations, il faut que tu te formes avec ces soins techniques, ces machins ». (Agathe, E1, p.6)

Par contre les conditions étaient pour elle défavorable : elle faisait ce jour-là un horaire raccourci, ce qui impliquait pour elle de réussir à tout faire en moins de temps alors que tout était nouveau. Elle avait une autre patiente à charge : même si celle-ci était un cas léger, c'était trop. Elle avait l'impression d'être face à une mission presque impossible :

J'avais trouvé vraiment pénible parce que j'avais pas arrêté toute la journée de courir à gauche, à droite, mais ça c'était que pour des soins techniques, je courrais, je courrais, je courrais et je devais tout finir ce qui fallait, papiers, tout ça, pour 2h. (Ibid.)

Le manque de maîtrise est bien perceptible dans son discours. Elle était dans une forme d'activisme reliée au stress et à deux difficultés : celle de ne pas parvenir à avoir une vision globale de la situation qui lui permettrait de prioriser ses soins et ses surveillances et celle de ne pas réussir à analyser les données qu'elle récoltait :

Après, avec plus d'expérience, ça aurait plus coulé de source, je pense, et j'aurais pu réfléchir. Mais je pense que là, il m'aurait fallu un temps avant de commencer, que je commence une heure avant, que je me pose, que je réfléchisse sur la situation, après avoir réfléchi que je sois dans l'action, et que je sache si, tout d'un coup ça je vois que c'est bizarre ou comme ça, que ça me fasse tilt. Mais là, j'avais même pas le temps de me demander si elle urine assez, machin, rien. (Agathe, E1, p.7)

Il est intéressant de relever que quand elle lui a confié cette patiente, l'ICUS lui avait dit qu'il était important qu'elle *se forme* à ce type de situation. Il paraît utile de se questionner sur ce qui est entendu par « se former » et proposé pour favoriser cet apprentissage. Dans le discours d'Agathe, les ressources sont peu présentes, la formation semble plus comprise dans le sens d'une immersion. Et finalement, c'est peut-être quelque chose que nous retrouvons dans la plupart des situations critiques à l'origine de TSRPF. Quels sont les apprentissages réellement réalisés sur une journée comme celle-là ? Qu'est-ce qui est entrepris pour que ce qui a été découvert puisse être transféré dans des situations futures ? A nouveau, du point de vue des NP, c'est de leur responsabilité de se donner les moyens, de se montrer réflexive, mais face à cette complexité, elles auraient besoin du soutien des collègues pour valider leurs découvertes. Dans le contexte d'Agathe, il n'en fut rien. Par contre, ce qui l'a aidée, c'est la reconnaissance par une collègue qu'il n'était pas pertinent de lui avoir confié cette dame dans ces conditions. Le fait d'avoir pu continuer de s'occuper d'elle pendant quelques jours, quand l'état de la dame s'améliorait, a contribué à l'apprentissage en offrant la possibilité de revenir sur des questions du premier jour. Plusieurs NP ont signalé qu'elles appréciaient d'avoir les mêmes patients plusieurs jours à suivre et, vraisemblablement, que cela jouait un rôle important pour qu'elles puissent asseoir et renforcer progressivement leurs nouvelles connaissances et compétences. Toujours est-il que toutes ces différentes situations critiques interrogent les conditions offertes pour relever ces défis. Pour Agathe, s'il y avait eu un problème, elle aurait eu le sentiment d'avoir échoué à l'épreuve du feu.

Repérage des besoins de la NP par l'équipe de soins

Une question qui se pose au vu de TSRPF est le repérage par les équipes des obstacles que rencontrent les NP. Il est important de relever que celles qui étaient dans des équipes très jeunes ont signalé que les nouvelles qui sont arrivées après elles ont vécu la même chose, sans forcément décrire précisément ce qui était similaire. Il semble que cela soit plus en lien avec les sentiments et les émotions ressentis et le soutien formel proposé. Dans ces équipes qui tournent beaucoup, les nouveaux arrivants se retrouvent avec le statut d'anciens en peu de temps.

Pour d'autres NP (Charline, Sabina, Roxanne), les questions se posent plus en termes de comment les infirmières expérimentées perçoivent les pierres d'achoppement rencontrées

par des novices. Sabina signalait qu'elle avait le sentiment que l'infirmier expérimenté présent son premier jour ne semblait plus se souvenir ce que c'était d'être nouveau et que tout lui paraissait évident. La remarque est un peu simpliste, mais tout de même empreinte de vérité. Il semble en tout cas que les obstacles administratifs et organisationnels, qui sont très prégnants au début, soient peu pris en compte. Nous l'avons déjà signalé précédemment, les NP auraient souhaité un soutien plus formel à ce niveau pour éviter d'être en permanence dans la sollicitation de leurs collègues. Mais nous le retrouvons aussi par exemple chez Charline : comment expliquez que l'infirmière lui confie l'autre service ? Fondamentalement, c'est aberrant : se retrouver au huitième jour de travail seule dans son propre service, avec des patients connus, est déjà en soit un challenge important. De plus, cela se passe le week-end et le soir, donc dans un fonctionnement institutionnel différent de celui de la journée car les effectifs sont moindres dans tous les services. Il y a là des obstacles prévisibles mais qui ne semblent pas perçus par l'infirmière experte. Celle-ci a reconnu que donner congé à la troisième soignante prévue était une erreur, ce qui était important pour Charline. Par contre, on peut faire l'hypothèse qu'une répartition autre du travail aurait permis d'éliminer un certain nombre d'éléments perturbateurs et ainsi augmenter les ressources de la NP pour faire face à cette étape.

O'Malley Floyd *et al.* (2005) ont évalué un programme structuré d'orientation. 37 NP et 29 préceptrices ont répondu à un questionnaire comprenant des questions fermées, des échelles de score et des questions ouvertes. Il en ressort que les NP et les préceptrices relèvent les mêmes thématiques à travailler en partenariat dans les débuts. Les NP décrivent par ordre d'importance : la clinique, l'organisation, le soutien au patient et à sa famille, le développement personnel et professionnel. Bien que les préceptrices soient d'accord avec elles, elles priorisent les thèmes exactement à l'inverse. Si dans un contexte de soutien formel avec des rencontres planifiées et des évaluations régulières nous trouvons un décalage pareil par rapport à la compréhension des besoins, il paraît probable que dans le contexte des NP de cette recherche où ce sont elles le plus souvent qui devaient solliciter de l'aide, il y avait encore plus d'écart. Il y a aussi un enjeu quant au temps nécessaire pour répondre à ses besoins. En effet, le fonctionnement question-réponse a tendance à être limité et très contextualisé. C'est au fil du temps par exemple que les NP ont été capables d'avoir suffisamment de recul sur les obstacles qu'elles rencontraient pour pouvoir définir que le soutien à la clinique était ce qui primait. Au début, elles parlaient surtout des savoirs manquants et, si c'était vrai, c'était surtout leur utilisation dans les situations spécifiques qui importaient, comme nous l'avons vu. Ce système nécessite une réflexivité importante des NP quant à leurs besoins d'apprentissage et leurs stratégies d'apprentissage. Ce constat renforce le soutien important que peuvent offrir des préceptrices avec des compétences pédagogiques qui permettraient de plus anticiper la réponse et le soutien nécessaire aux NP et ainsi adoucir et probablement aussi accélérer l'insertion, au bénéfice tant de la NP que de l'institution.

Les collègues se sont avérés la ressource indispensable et prioritaire pendant les débuts et le restant de l'année. Dans les débuts, ce sont vraiment les collègues directes qui priment. Même quand les questions sont d'ordre médical, les NP s'adressent à elle. TSRPF est

survenu pour toutes à un moment où elles arrivaient dans l'équipe, ne connaissaient pas leurs collègues, si ce n'est des copains de classe pour Judith et Agathe, et une amie pour Cléa. Elles ont toutes signalé que les collègues les ont incitées au questionnement et étaient disponibles pour de vrai. Il n'empêche que l'événement interroge la possibilité de solliciter cette aide. En effet, comme il l'a déjà été signalé auparavant, il pouvait y avoir des tensions chez les NP entre leurs besoins d'offrir des soins sûrs aux patients et l'image d'elles qu'elles allaient peut-être donner en fonction des questions qu'elles posaient. Les enjeux identitaires liés à la réalisation des soins, au développement des compétences et à l'appartenance à l'équipe, potentiellement contradictoires, ne paraissent pas être pris en compte comme une composante qui influence l'insertion et l'apprentissage. En ce sens, laisser aux NP une responsabilité aussi large sur l'autoguidance de leurs apprentissages apparaît comme excessif.

6.5 *TSRPF et dynamique identitaire durant les trois premiers mois*

TSRPF, associé aux conditions de l'accueil, a joué un rôle considérable dans la dynamique identitaire de cette période de transition.

Pour Judith, Sabina, Charline et Elisa, le choc fut conséquent et les a conduites à interroger leur choix de lieu de travail. En ce sens, leur trajectoire identitaire a été remise en question par TSRPF et le déroulement de la transition. Pour Judith, c'est surtout la chronicité de la surcharge, l'inexpérience de l'équipe et le peu de soutien qui expliqua que le choc fut intense et durable. Cette solitude dans l'activité qui a fait événement le premier jour était une constance de la période qui suivit. Cela la conduisit à s'interroger sur la pertinence de poursuivre à cet endroit. Elle n'a pas douté de son choix professionnel, par contre de son lieu d'exercice oui. Le discours anti-HES tenu par des membres de son département en ce sens renforçait son questionnement sur la justesse de sa place. Ce n'était pas ses compétences que Judith remettait en question, mais les conditions de travail et leurs répercussions sur sa pratique. L'allègement de la charge de travail, un début d'expérience acquise, un sentiment d'appartenance à l'équipe et la reconnaissance de ses compétences par ses collègues directes et les ICUS ont permis la sortie de ce choc. Le partage d'expérience avec les autres NP fut également une ressource importante, favorisant la prise de conscience de ce qui lui appartenait, ce qui appartenait au contexte, et normalisant ainsi les difficultés qu'elle rencontrait. Ce dernier point, cette nécessité de raconter à des pairs qui vivent les mêmes choses, qui sont aussi en construction, en « dérouté » est relayée par plusieurs études traitant de l'insertion de jeunes professionnels (Chandler, 2012; J. Kelly & Ahern, 2009; McKenna & Green, 2004). L'orientation de sa dynamique identitaire visa alors la continuité identitaire avec projet de préservation de soi.

Pour Sabina, les enjeux étaient différents. Se retrouver seule en responsabilité fut un événement unique, lié à une problématique organisationnelle ponctuelle. Néanmoins, son incidence n'était pas anodine car il entra en écho avec le grand défi que représentait pour elle son projet professionnel. Elle espérait pouvoir s'appuyer sur son stage réalisé en médecine pour trouver des repères, alors que même si le service était défini comme

spécialisé en médecine et chirurgie digestive, il s'agissait en fait de chirurgie. La mission du service était en pleine transition et pas encore véritablement clarifiée. A cela se rajoutait un tournus de personnel important, donc une équipe très jeune, le tout se passant dans une langue professionnelle différente de celle de ses études. TSRPF donne probablement le ton et pose explicitement le niveau du défi : possible à relever ou, au contraire, défi insurmontable, en confrontant immédiatement Sabina à tous les obstacles qui vont peser pour elle. Après trois mois, elle se trouve toujours dans une dynamique de gestation identitaire mais la confirmation de soi par autrui évolue peu, voire diminue. Le sentiment d'être différente, dans une comparaison sociale en sa défaveur avec les autres NP, commence là et fragilise un sentiment d'auto-efficacité en doute et une confiance en soi déjà chancelante.

Pour Elisa, c'est l'expérience de la gériatrie et de la posture de cheffe d'équipe qui l'a conduite à rediscuter son projet professionnel immédiat. Le choix de l'Intérim visait chez elle à rester dans une « logique stage ». Elle entendait par là découvrir encore de nouveaux domaines de travail et ainsi trouver celui qui sera le sien, dans lequel elle pourra s'investir à plus long terme. Par contre, il ne s'agissait pas du tout pour elle d'être dans une position de stagiaire : elle était infirmière et elle voulait tenir pleinement son rôle. Elle n'avait cependant pas imaginé se retrouver responsable d'équipe, ce qui fut trop lourd pour elle malgré les compétences qu'elle a démontrées et la reconnaissance obtenue. Comme pour toutes les autres, ce n'est pas son choix professionnel qui a été remis en question mais le lieu et les conditions d'exercice. L'expérience de la gériatrie lui a montré que ce domaine de soins n'était pas fait pour elle, ce n'est pas là qu'elle voulait s'engager. L'intérim n'était pas non plus pour elle une bonne option, car dans les missions courtes (deux semaines), elle ne portait pas pleinement son rôle, mais assumait surtout des tâches. En ce sens, cette expérience correspondait bien à une dynamique de gestation identitaire dans laquelle elle clarifiait son identité actuelle et celle qu'elle visait. L'objectif poursuivi était rempli et la conduisit à changer ses perspectives pour un emploi de plus longue durée, dans un domaine qui l'attirait : la maternité.

TSRPF a été pour Charline à l'origine d'une véritable délibération sur soi selon Barbier. Cette première soirée seule a été traumatique, très chargée au niveau des émotions. Depuis ses débuts, une semaine plus tôt, elle constatait l'obstacle que représentait la langue et s'interrogeait sur la pertinence de son choix. Néanmoins, sa conviction qu'il fallait commencer par le milieu somatique aigu justifiait ce choix. L'événement l'a autorisée à remettre en perspective ses représentations et à s'interroger sur ce qui était le mieux pour elle, en fonction de ses projets de carrière. Elle a mis en place des stratégies, sollicitant de l'aide (demande à nouveau d'un soutien formel à l'ICUS, décision d'entrer dans cette recherche) et a envisagé d'aller travailler ailleurs malgré ce que pensait son entourage. La chance a voulu qu'on vienne lui faire une offre à ce moment-là, mais il est probable que sans TSRPF, elle l'aurait déclinée. Grâce à sa confiance en elle, à son sentiment d'auto-efficacité personnelle et à la valorisation de ses compétences par ses collègues, elle a pu faire un choix, se réorienter vers ce qui était le mieux pour elle (projet de soi pour soi)

plutôt que de poursuivre un projet fortement intériorisé de soi pour autrui, dont elle aurait pu profiter si la langue n'avait pas été un tel obstacle.

Quant à Roxanne, Agathe et Cléa, TSRPF a surtout permis des prises de conscience ponctuelles sur leur manière de travailler ainsi que sur les différentes dimensions du rôle. Le choc de la transition a été modéré pour elles trois. Il y eut une sorte de glissement peu perceptible entre une dynamique de gestation identitaire à une autre de continuité identitaire avec projet de préservation de soi.

7. De l'autre côté du miroir : hier stagiaire, aujourd'hui personne de référence des stagiaires

Dans la prise de poste de cette première année, l'encadrement des stagiaires a été une activité particulièrement significative pour trois des NP car elles ont été nommées référentes de stagiaires très tôt après leurs débuts. Pour Judith, cette nouvelle mission est intervenue immédiatement après la fin du temps d'essai de trois mois, de même que pour Roxanne dans son second poste en médecine. Charline, dans son second poste en psychiatrie où elle avait fait un stage en 2^{ème} année, fut mandatée dans les deux premiers mois. Cette extrême précocité a été une surprise pour la chercheuse et les NP, source de nombreuses interrogations, c'est pourquoi cette expérience constituée de multiples événements va être développée même si elle ne concerne que trois des sept NP. Les quatre autres en ont aussi parlé mais de façon sommaire car elles ne sont intervenues que ponctuellement auprès des étudiantes. Même si ce fut relativement bref, cela a fait événement. Pour toutes, le simple fait d'observer et d'entendre les stagiaires a joué un rôle majeur dans le repérage de leur propre évolution. C'est par la mesure du décalage entre elles et les étudiantes qu'elles ont pris conscience de l'ampleur du chemin qu'elles avaient parcouru depuis le début de leur formation à ce jour. En fin de première année de travail, elles feront ce même constat en se comparant avec les infirmières qui débutent dans le service qu'elles soient nouvellement diplômées ou pas. Au niveau identitaire, ces rencontres et activités ont donc constitué des repères importants.

Roxanne, Judith et Charline furent nommées référentes par leurs ICUS respectives. L'activité d'encadrement en soi était nouvelle : elles avaient eu des cours durant la formation à ce sujet, cependant elles avaient peu eu l'occasion de l'expérimenter durant leurs stages. Elles avaient une ou deux fois coaché une stagiaire d'une autre formation ou d'une autre année d'études, mais la situation était bien différente. En effet, comme il s'agissait alors d'un objectif de stage, l'activité comportait une certaine artificialité puisqu'elles étaient elles-mêmes stagiaires, observées en train de tenir ce rôle. De plus, l'encadrement portait en général sur un aspect pointu (gestes techniques le plus souvent). Là, elles se sont retrouvées à assumer l'intégralité de l'accompagnement, autant dans ses dimensions pratiques, que réflexives, évaluatives, etc. en coordonnant le tout avec leurs collègues et le site de formation. La posture était donc totalement inédite et représentait un basculement par rapport à celle de stagiaire qu'elles quittaient à peine. Se voir attribuer ce mandat a fait événement. En effet, si chacune envisageait de tenir ce rôle dans l'avenir, aucune ne s'y attendait si tôt. Et, en plus, l'expérience a été jalonnée de multiples événements qui firent de cette activité un événement majeur de cette première année de travail. Pour elles, il ne fut pas seulement question de rajouter une corde à leur arc, il s'agissait véritablement de l'élaboration d'une nouvelle identité.

Si toutes les trois se sont énormément investies, ont accordé beaucoup de valeur à cet encadrement, il n'en reste pas moins qu'elles ont eu le sentiment d'y avoir été impliquées prématurément. En résumé, c'était trop tôt, parce que : elles-mêmes n'étaient pas encore à l'aise avec leur nouveau statut de diplômée ; elles avaient encore énormément à

apprendre par rapport à leur propre pratique quotidienne dans ce nouveau lieu, donc elles avaient à la fois le sentiment de ne pas avoir les moyens ni la légitimité pour être référente ; et en plus, cette tâche accroissait leurs difficultés d'organisation. L'encadrement pouvait donc représenter une menace en remettant en question une identité actuelle de NP en transition, ceci d'autant plus si les représentations de l'infirmière diplômée tournaient autour d'un niveau de maîtrise globale du travail. Entre un soi idéal, voire idéalisé, un soi actuel et un autre normatif, cette activité était chargée de tensions identitaires, avec un risque important de mise en échec. Le soutien perçu et reçu y a joué un rôle déterminant, de même que la « qualité » de la stagiaire.

Avant d'étudier les obstacles et les difficultés prioritaires rencontrées par les NP dans cette pratique, ainsi que les ressources mobilisées pour les dépasser, il paraît utile de clarifier le rôle et les compétences d'une personne de référence.

7.1 Praticienne formatrice : quelles compétences dans quel-s but-s ?

Le choix du terme d'infirmière-référente pour désigner le rôle générique confié aux trois NP est délibéré. En effet, Charline et Judith ont encadré des apprenantes ASSC, et Roxanne une étudiante infirmière. Le dispositif de formation est différent pour les deux niveaux de formation. Pour les ASSC qui étaient alors formées en alternance école-stage, il n'y a pas de praticiennes formatrices, c'est l'équipe soignante et particulièrement un ou deux de ses membres désignés qui assument l'encadrement. Les stages sont organisés par l'école et les apprenantes en changeant régulièrement pour découvrir divers lieux de pratique. Depuis l'automne 2008, la plupart des ASSC fribourgeoises suivent une formation duale, c'est-à-dire qu'elles sont sous contrat avec un employeur le temps de la formation. Dans ce dispositif, il est déterminé que, sur la place de travail, doit se trouver un formateur en entreprise (FE). Ce dernier, fort d'au moins deux ans d'expérience, suit une formation pédagogique de 40 heures.

Au moment où la récolte de données a été réalisée, la formation des ASSC était récente : elle a débuté à l'automne 2002, les premières ASSC furent donc certifiées en 2005. De ce fait, il n'y en avait pas encore dans toutes les institutions. C'était le cas pour Judith qui travaillait dans une équipe sans ASSC. Le département de chirurgie de son hôpital s'interrogeait à ce moment-là sur la pertinence d'en engager, et avec quel cahier des charges. Tout était en chantier, mais l'institution avait décidé d'accepter de former ces nouvelles professionnelles malgré tout. En médecine où se trouvait Roxanne, des ASSC étaient déjà employées, dont deux dans son service. Dans l'unité de Charline, en hôpital psychiatrique, plusieurs ASSC étaient membres de l'équipe. La formation duale ayant débuté à partir de l'automne 2008, il n'y avait pas encore de FE dans les institutions. Il découle de cela que, pour les NP, leur modèle de référence de la personne responsable de l'encadrement était celui qu'elles avaient connu, c'est-à-dire les PF, ces personnes hautement significatives dans leur formation. Le mandat qui leur était confié était donc perçu avec ce niveau de compétences et d'exigence.

7.1.1 Mandat officiel des PF

Pour bien comprendre ce que représentait cette nouvelle mission pour les NP, il est utile de connaître le cahier des charges des PF. Selon le Descriptif de fonction de la HES-SO (2013b), la PF :

Détermine et accompagne le processus de formation de l'étudiant-e sur le lieu de pratique professionnelle.

Est responsable de l'évaluation de l'étudiant et contribue à la validation de la période de formation pratique.

Représente son institution auprès de la haute école de l'étudiant-e pour toute question pédagogique.

Participe à l'évolution de l'offre de formation de la HES-SO. (p.1-2)

Trois activités principales constituent son rôle :

1. La première est *liée à l'étudiante*. Elle se réfère à tout ce qui concerne le processus de formation sur le terrain, de sa conception jusqu'à l'évaluation. Cela passe par l'accompagnement et le soutien à l'apprentissage en offrant des conditions et des outils adéquats au développement de compétences et d'une pensée réflexive tant sur la pratique que sur le rôle professionnel et le développement identitaire.
2. La deuxième activité est *liée à l'institution*. Elle implique de définir les situations de soins confiées à l'étudiante, de faciliter son intégration dans l'équipe et dans les activités du lieu de travail. Cette activité se réalise en tenant compte des pratiques spécifiques en vigueur dans le service et des contraintes inhérentes au milieu de travail. La PF promeut les interactions entre le service et la haute école, dans un véritable rôle d'interface.
3. La troisième activité est *liée à la haute école* de l'étudiant. Pour ce faire, la PF collabore avec les formateurs de la haute école, informe l'école tant sur la progression de l'étudiante que sur l'offre de formation que peut proposer le service de manière générale.

Nous le voyons, ces activités demandent de la PF une connaissance à la fois étendue et fine de sa propre pratique, du fonctionnement du service et de l'institution, des ressources quantitatives et qualitatives à disposition. De plus, les interactions multiples (avec l'étudiante, les collègues, la hiérarchie, les formateurs de l'école) nécessitent une compréhension fine de son rôle et un positionnement spécifique, entre autres comme membre de l'équipe tout en ayant une posture particulière. La PF doit en permanence composer entre des logiques de production et de formation qui s'avèrent régulièrement contradictoires.

Historiquement, les stagiaires ont été accompagnées par les infirmières, plutôt dans une logique de compagnonnage. L'alternance et l'encadrement appartiennent à la culture professionnelle soignante. Le travail sur les liens théorie-pratique et la réflexivité était par contre assuré par les professeurs de l'école qui venaient sur le terrain réaliser des « enseignements cliniques ». Les dispositifs de formation appartiennent à ce que Roquet

(2014) nomme le niveau méso de la professionnalisation, c'est-à-dire la traduction institutionnelle de la professionnalisation telle qu'elle a été élaborée sur un plan macro. L'académisation de la formation infirmière, avec l'accent fort mis sur une alternance intégrative, a demandé de rediscuter ce fonctionnement historique. L'accompagnement sur le terrain par les professeurs de l'école était spécifique à la formation infirmière. Avec l'inscription des écoles de soins infirmiers au niveau tertiaire, dans le giron de la HES-SO, il y a eu l'exigence de rallier le fonctionnement des autres hautes écoles avec le développement de la nouvelle fonction de praticiens formateurs. Les rôles, les collaborations ont donc dû se renégocier tant dans le cadre de l'équipe, que dans l'institution et avec les représentants du site de formation.

Le nouveau rôle de PF a généré un déplacement de la responsabilité de l'accompagnement des étudiantes. Alors qu'il était auparavant assumé en équipe, la PF est devenue la personne dépositaire de l'intégralité du mandat de formation au niveau de l'institution de soins. Cela ne signifie pas pour autant que les autres membres de l'équipe se sont désengagés de cette mission, mais les synergies sont différentes (Jacquemet, Türkal & Graber, 2007). La complexité de la mission a donc conduit à la mise en place d'une formation (CAS de praticien formateur) s'adressant à des professionnelles avec au moins deux ans de pratique. Pour les infirmières au bénéfice d'une longue expérience, il existe aussi la possibilité de valider les acquis de l'expérience.

7.1.2 Compétences visées par la formation de PF

Le Certificate of advanced studies (CAS) HES-SO de praticienne formatrice et praticien formateur, domaines de la santé et du travail social, vise au développement de compétences spécifiques au rôle de PF. Il se présente comme une formation en alternance, articulant apports théoriques et situations d'encadrement vécues. Le référentiel de compétences est présenté ici in extenso car il met bien en évidence la complexité du rôle tant dans sa dimension personnelle qu'interpersonnelle et institutionnelle, ainsi que les compétences pédagogiques nouvellement développées. Nous y voyons un projet de développement d'une nouvelle identité, s'appuyant certes sur l'identité professionnelle préalable mais ouvrant des perspectives générant une posture différente de celle des autres membres de l'équipe. Le référentiel se présente comme suit :

Compétences en lien avec la pratique réflexive

1. analyser sa pratique professionnelle pour en dégager les divers savoirs et établir des liens entre des pratiques, des modèles et des théories
2. conceptualiser cette pratique et transmettre les éléments constructeurs de celle-ci de même que les déterminants des choix, des décisions et des interventions
3. élaborer une réflexion sur le sens des actes professionnels et partager celle-ci.

Compétences sociales et organisationnelles :

1. créer une relation pédagogique
2. développer des moyens et des attitudes qui permettent d'aider et d'accompagner l'étudiant-e dans son projet de formation pratique.

Compétences pédagogiques :

1. identifier et expérimenter les spécificités d'une pédagogie des adultes et de la relation pédagogique entre les formateur-trice-s et les personnes en formation
2. développer les méthodologies et didactiques de la formation pratique : principes et formes, guidance, articulation et confrontation des situations d'apprentissage et de travail, etc.
3. organiser des situations d'apprentissage et transmettre des savoirs variés.

Compétences organisationnelles :

1. comprendre les cadres institutionnels – haute école, lieu d'exercice professionnel, et en utiliser les différentes ressources
2. aménager les différentes phases du processus d'accompagnement de l'étudiant-e.

Compétences d'évaluation et d'autoévaluation :

1. développer les modes de réalisation des évaluations – formatives et sommatives – et des bilans
2. construire et développer son identité et sa fonction de PF au travers de l'analyse de sa propre situation et de l'actualisation ainsi que la consolidation des savoirs et des ressources. (HES-SO, 2013a, pp.2-3)

Les NP se réfèrent souvent aux PF pour définir leur rôle d'encadrante. Ce sont elles qu'elles ont vues en action, qui les ont guidées tout au long de leurs stages et ce sont elles qui avaient le mandat, le temps, l'expertise du terrain et les compétences pédagogiques pour les aider à se professionnaliser. En se basant sur elles comme modèles pour déterminer leur propre rôle, les NP oublient souvent leur statut de débutantes et le fait que durant le CAS, l'expérience professionnelle d'au moins 2 ans est un élément central du processus de transformation identitaire. De plus, il n'est pas seulement attendu de la PF qu'elle transmette ce qu'elle a appris. Comme le signale Pelpel (1996), parlant de l'enseignant formateur, : « désormais, le point d'ancrage de la formation, ce n'est plus son expérience à lui, mais celle que le stagiaire vit dans sa propre classe. C'est par rapport à cette expérience-là qu'il doit intervenir en exploitant la sienne » (p.75). La PF doit prendre du recul sur sa pratique, la questionner, voire la déconstruire pour en extraire des principes et des savoirs qui seront ensuite travaillés avec les étudiantes. Par cette démarche, « les salariés devenant tuteurs sont amenés à produire des pratiques nouvelles en rupture avec leurs schémas d'action habituels qui les conduisent à transformer leurs compétences et à faire évoluer leur rôle professionnel » (Wittorski, 1996, p.39).

Les NP, dans leurs débuts, sont en train de découvrir le milieu dans lequel elles évoluent, les situations de soins les plus fréquentes, les savoirs utiles pour des prises en charge les plus adéquates possible, etc. Il est bien évident que, dans ce contexte, leur recul est faible. Même avec une vraie réflexivité, les situations qu'elles rencontrent sont souvent nouvelles pour elles, uniques ou peu répétitives. Elles n'ont donc pas pu encore vraiment différencier le général du particulier. Nous pouvons donc postuler qu'elles vont apprendre presque en même temps que l'étudiante ou l'apprenante dont elles s'occupent, en ayant juste un peu d'avance. Elles développent simultanément leur rôle professionnel

d'infirmière et celui de personne de référence, avec le niveau d'exigence des PF, seul modèle à disposition puisqu'il n'y avait pas encore de FE. Et en plus, dans ce relatif flottement identitaire, elles doivent remettre en question une pratique reposant sur une base encore peu sécuritaire. Il y a là de façon évidente quelque chose de prématuré et de potentiellement menaçant. L'expérience à laquelle elles vont finalement le plus se référer, nous le verrons, est celle de stagiaire. Partant de ces considérations, voyons comment elles ont évolué au travers des multiples événements qui ont jalonné cette expérience.

7.2 Assignment d'une nouvelle mission et attentes institutionnelles

7.2.1 Désignées volontaires

Judith et Roxanne ont été nommées personnes de référence par leurs ICUS respectifs. Lors de leur embauche, il n'y avait pas eu de discussion sur l'encadrement des stagiaires, leur projet et/ou envie par rapport à ce sujet. Toutes les deux furent étonnées, pour ne pas dire sidérées quand on le leur annonça. Judith venait d'être officiellement engagée suite aux trois mois d'essai, de même que Roxanne qui, si elle avait déjà quelques mois de diplôme, était nouvelle dans son second poste en médecine. Cette annonce a fait événement à la fois par son côté inattendu mais aussi parce qu'elle créait une rupture dans un processus en cours qui demandait encore à pouvoir se stabiliser. Toutes les deux ont d'ailleurs essayé de négocier pour différer ces débuts, mais sans succès.

Assurer le tournus de l'encadrement entre toutes les membres de l'équipe

Les ICUS de Judith argumentèrent que ce n'était pas possible de différer pour permettre un tournus de la responsabilité de l'accompagnement des étudiantes entre tous les membres de l'équipe. Ses autres collègues NP de l'équipe furent traitées à la même enseigne. Nous pouvons voir dans ce choix de gestion une conception collective de l'encadrement : certaines infirmières portent davantage la responsabilité d'une étudiante à un moment donné, toutefois celle-ci est tournante, partagée. Chaque membre de l'équipe est identique face à l'activité. Il n'y avait à ce moment-là aucune PF dans l'équipe, par contre il y en avait deux dans le service voisin : elles pouvaient être des ressources, assuraient des temps d'analyse réflexive avec les étudiantes HES. Il n'empêche qu'au quotidien tout était assumé par les référentes du service, d'autant plus pour une apprenante ASSC. A cela s'ajoutait qu'en tant que nouvelle, Judith était en train de chercher sa place dans l'équipe. Nous l'avons vu, son sentiment d'intégration est resté fragile pendant assez longtemps, et en plus elle entendait un discours très critique contre les HES. Dans ce contexte, la sollicitation de cette ressource externe au service était difficile, entre autres parce qu'elle pouvait être perçue comme une insuffisance de sa part. Il y avait de réelles tensions identitaires entre soi idéal et soi normatif, mais également entre soi actuel et soi idéal, comme personne de référence. Elle ne se sentait pas prête à assumer cette tâche, d'autant plus qu'elle en avait déjà perçu la difficulté lors d'encadrements ponctuels :

Je me sentais des fois un peu nulle parce que c'est vrai, elle [la stagiaire] te pose des questions, toi-même tu sais pas forcément répondre, même des fois elle a eu des

*idées que j'avais pas eues, alors c'était une super stagiaire, ça c'est clair ! (rire)
Mais c'est vrai que du coup, tu te dis : « c'est moi la diplômée et elle me pose des questions, je sais pas y répondre ! » Ça, c'était pas vraiment évident non plus.
(Judith, E1, p.132)*

Nous le voyons, les questions de l'étudiante confrontaient Judith à ses propres manques, ou du moins à ce qu'elle considérait comme tel. Dans la dynamique de continuité identitaire avec projet de préservation de soi qui était la sienne après trois mois, cette situation était particulièrement menaçante. De fait, elle venait d'être validée comme diplômée par les ICUS, elle avait aussi eu la caution de ses collègues et des patients, confirmation identitaire bienvenue après ses débuts chaotiques. Elle avait toutefois encore besoin de soutien dans sa pratique au quotidien, et de se rassurer à ses propres yeux sur son aptitude à tout gérer.

Chez Roxanne, c'est la même logique de tournus qui guidait la nécessité qu'elle s'engage dans cette activité. Dès les premiers mois, elle a été régulièrement sollicitée pour un encadrement ponctuel ce qui représentait une charge importante pour elle :

Mais pour moi, c'est difficile. J'ai l'impression que je sais pas trop comment m'y prendre et où est le juste milieu d'après leur année de formation, qu'est-ce qu'on peut leur demander. Bon là, c'était différent, c'était une ASSC aussi, mais qu'est-ce qu'on peut leur demander, qu'est-ce qu'elles doivent savoir, qu'est-ce qu'elles doivent pas savoir ? (Roxanne, E5, p.177)

D'emblée elle se posait des questions pertinentes mais sans avoir les ressources pour y répondre. La PF de l'équipe était en congé maternité à ce moment-là. Si quelque temps plus tard, elle n'eut pas d'autres choix que de se lancer, l'ICUS lui offrit l'opportunité de choisir entre stagiaires ASSC ou infirmière. Elle choisit l'étudiante en année préparatoire de l'école d'infirmière parce qu'elle connaissait le programme, le parcours et les documents pour les avoir expérimentés elle-même. Néanmoins, Roxanne disait :

J'aurais préféré avoir un peu plus de temps, je dirais même de répit avant d'encadrer quelqu'un, mais c'est comme ça. (Roxanne, E5, p.179)

Le mot *répit* est là très significatif. Comme pour Judith, il montre bien que l'activité était perçue comme une charge, quelque chose qui sollicitait des compétences supplémentaires à celles qu'elles commençaient à mieux maîtriser dans leur pratique au quotidien.

Partage de la responsabilité de l'encadrement

L'option de confier l'encadrement à deux personnes était une habitude du service de Judith, pour pouvoir assurer une présence fréquente auprès des étudiantes qui ne travaillent que durant les jours ouvrables et sur des horaires diurnes, alors que les diplômées assurent des horaires 24 h/24 et 7 j/7. Etre à deux permet aussi de partager la responsabilité et de se soutenir. Ce qui interroge là, c'est que la seconde personne nommée était Claude, son camarade d'études. Ils étaient donc deux NP ensemble. Il est vrai que l'équipe était très jeune, mais nous pouvons nous demander s'il n'y aurait pas eu moyen de créer un duo entre une NP et une infirmière plus expérimentée même si celle-

ci était nouvelle dans le service. Potentiellement, il y aurait eu ainsi plus de ressources. Par contre, le fait que Judith considère Claude comme un pair, qu'il existait une relation de confiance préalable entre eux, pouvait être un élément protecteur : il y avait moins de menaces à avoir des doutes et à les exprimer puisque selon toutes probabilités, ils étaient partagés. C'était là vraisemblablement un élément de préservation identitaire. Malgré tout, comme il l'a déjà été signalé dans le chapitre 6, l'enjeu de l'équilibration des équipes afin que suffisamment de ressources s'y trouvent, quantitatives mais aussi qualitatives, en l'occurrence en termes d'expérience à la fois professionnelle et d'encadrement, se pose à nouveau.

En ce qui concerne Roxanne, elle était seule référente. Elle est arrivée dans une période de surcharge, l'équipe étant depuis longtemps en sous-effectif. C'est sa venue qui l'avait en partie corrigé. La logique du fonctionnement pour cette nouvelle activité était la même que pour ses débuts : questionner ses collègues. Pour Roxanne, perfectionniste, avec un très haut niveau d'exigence, c'était difficile. Comme elle démontrait de très bonnes compétences dans sa pratique quotidienne, avec une apparence de calme et de maîtrise, il y avait un décalage entre son sentiment intérieur et le regard très positif de ses collègues :

Je pense que l'équipe, ils se rendent pas forcément compte de toutes ces difficultés que moi j'ai parce qu'eux, comme j'ai parlé avec certains, ils ont l'impression que je suis très à l'aise, que je suis très débrouille pour une qui sort de l'école et qu'ils ont pas besoin de beaucoup m'aider en fait. (Roxanne, E3, p.180)

Si cette manière d'être lui offrait un support précieux au niveau de son estime d'elle-même, il la fragilisait aussi puisque demander de l'aide revenait presque à casser cette image avec le risque que ses collègues la découvrent moins bonne que ce qu'elles imaginaient. Roxanne en était consciente en grande partie, mais il lui était très difficile de se montrer plus vulnérable. Son idéal très élevé, renforcé par sa perception très normative des attentes d'autrui et par la qualité reconnue de son travail, était difficile à remettre en question par les limites de son soi actuel. C'était vrai en général, ça le fut d'autant plus pour cette nouvelle activité.

7.2.2 Pouvoir encadrer des stagiaires : le bénéfice de la décision de Charline de quitter son premier poste

Pour Charline, le vécu de l'annonce qu'elle allait être personne de référence pour une apprenante ASSC fut bien différent. Ce mandat, même s'il est intervenu dès les premières semaines dans son second poste, était bienvenu :

J'ai toujours adoré expliquer, montrer, parler avec. Je sais pas, j'ai toujours vraiment aimé. Et je vois que, si j'étais restée à la clinique, j'aurais franchement pas pu. (Charline, E3, p.50)

Cette activité faisait partie de ses projets professionnels, et elle était heureuse de s'y engager. La justesse de sa décision de quitter son premier poste à la clinique trouvait une nouvelle confirmation puisqu'elle lui donnait accès à cette mission qui était un nouveau pas dans ses perspectives de carrière et dans une fonction qu'elle désirait. C'était la

conséquence bienvenue de la délibération identitaire induite par la souffrance vécue dans son premier poste.

Même si elle a commencé tôt cette activité, elle était dans une situation bien différente de Judith et Roxanne. En effet, elle connaissait très bien l'institution après plusieurs stages, dont un dans ce service deux ans plus tôt. De ce fait, elle se trouvait en terrain connu, même si elle dut faire des ajustements en fonction des changements intervenus. Elle ne s'est jamais sentie perdue dans le fonctionnement au quotidien, ce qui constituait une ressource importante. Elle possédait donc une base expérientielle non seulement en lien avec la psychiatrie, les soins infirmiers dans ce domaine, mais également avec la structure elle-même et son organisation. Pourtant, elle remarqua vite que l'encadrement n'était pas une activité simple. Elle était référente avec un collègue ASSC d'une apprenante ASSC :

C'est pas facile au niveau de tout ce qui est documents à remplir, c'est pas du tout comme chez nous [HEdS-FR]. Mais sinon, dans tout ce qui est soins ou comme ça, je trouve génial. Quand elle pose des questions et que je peux avoir la réponse, ça c'est génial, et que je la sais surtout, sinon je lui dis : « écoute, ça, malheureusement, je peux pas te répondre » et j'essaie de trouver la solution ailleurs. C'est bien de transmettre ce que t'as appris toi. (Charline, E2, p.50)

Dans cet extrait, il est aussi visible que Charline prend la mesure de son propre savoir et de ses manques à travers les interactions avec sa stagiaire. Ce qui est intéressant à relever, c'est qu'elle ne se sent pas menacée par ce qu'elle ne sait pas. Nous pouvons faire l'hypothèse que ses connaissances préalables du contexte diminuent de façon importante le nombre de questions sans réponse. D'autre part, Charline avait à la base une bonne confiance en elle, et on était venu la chercher pour ce poste, elle se trouvait donc dans un contexte porteur pour son estime d'elle-même. Sa capacité à supporter le fait de ne pas tout savoir peut aussi être interprétée comme une confirmation que ses compétences n'avaient réellement pas été mises en doute à ses propres yeux par les difficultés vécues dans son premier poste.

7.2.3 Stagiaires confiées aux NP : questionnement et enjeux

Dans l'accompagnement ponctuel, toutes les NP furent amenées à intervenir auprès d'étudiantes infirmières HES et/ou d'apprenantes ASSC. Comme il s'agissait d'activités limitées, par exemple la supervision dans la réalisation d'un geste technique, la différence de formation comptait peu. Par contre, quand il fallut assurer l'encadrement dans son entier, cela devint un élément majeur qui a accru la complexité de la mission. Judith et Charline furent responsables d'apprenantes ASSC et Roxanne d'une étudiante en année préparatoire de la HEdS-FR.

Options institutionnelles et enjeux sur l'encadrement par les NP

L'attribution de ces stagiaires pose un certain nombre de questions, surtout en ce qui concerne les ASSC. Pour Judith, aucune ne travaillait dans le département de chirurgie et les gestionnaires s'interrogeaient sur la pertinence de leur embauche en regard du cahier des charges qui pouvait leur être attribué dans ce contexte aigu. Ce questionnement pose

très clairement que les ASSC représentent un nouveau métier, donc une identité professionnelle différente de celle des infirmières même si toutes les deux sont liées par un domaine commun, dans une collaboration et une complémentarité permanente, mais dans un rapport hiérarchique où l'ASSC travaille sous délégation de l'infirmière.

Dans la définition de leur rôle, il est dit que les ASSC :

soignent et accompagnent des personnes de tous âges, au quotidien ou durant une période de maladie. Ils assurent leur bien-être physique, social et psychique, organisent des activités journalières en étant à l'écoute de leurs besoins et de leurs habitudes. Sous la responsabilité du personnel infirmier, ils appliquent certains traitements et effectuent des actes médico-techniques. (Orientation.ch)

L'infirmière, personne de référence de l'apprenante ASSC, doit donc l'accompagner dans un rôle et une construction identitaire autres que les siens, même s'ils ne sont pas étrangers l'un à l'autre, bien au contraire. Nous le voyons, il a une altérité véritable, mais dans une si grande proximité que nous pouvons nous demander jusqu'à quel point elle est perçue. Pour la NP qui s'interroge sur son propre rôle et son identité, soutenir ce même processus chez l'apprenante peut s'avérer particulièrement ardu. En ce qui concerne Judith, s'il n'y avait pas d'ASSC, il y avait des infirmières-assistantes (IA) dans son équipe. Ces professionnelles au bénéfice d'un certificat de capacité suisse représentent la formation antérieure aux ASSC qui les ont remplacées. Elles sont statutairement reconnues de niveau équivalent. Dans l'équipe de Judith, les deux IA avaient plus de dix ans de pratique dans le service et constituaient les piliers de référence pour les jeunes infirmières :

Elles [les IA] font, je pense, plus que ce qu'elles ont le droit de faire parce qu'elles font la visite médicale seule, elles relèvent juste pas les ordres. (Judith, E2, p. 135)

Leur cahier des charges était élargi en regard de leur expérience. Repérer le niveau d'attente réaliste pour une apprenante ASSC à l'aune de ces deux personnes était impossible. Dans le service de Charline, des ASSC étaient employées depuis quelques années. Il existait donc un cahier des charges et une collaboration effective. Pourtant, à travers l'encadrement de l'apprenante, Charline prit conscience des ambiguïtés de la gestion de la différence des rôles dans le cadre institutionnel :

Ma cheffe, le premier jour, elle m'a dit : « écoute, ici, ASSC, infirmiers, pour nous, entre guillemets, c'est le même niveau. » Ça arrive des fois où y a pas d'infirmiers dans le service, c'est l'ASSC qui prend la responsabilité. (Charline, E3, p.40)

Alors que Charline tentait de différencier les rôles et les compétences des unes et des autres, les options institutionnelles parasitaient ses réflexions en autorisant des ASSC à assumer seules la responsabilité d'un service qui accueillait en urgence des patients en situation de crise :

Moi, j'ai toujours trouvé limite, enfin quand elle m'a dit ça, moi ça m'a paru bizarre parce que dans le service d'admissions où j'étais en bas, on est que des infirmiers,

*y a un ASSC et maintenant un éduc, y a pas d'aides-soignants, ils sont tous diplômés.
(Ibid.)*

Si la « bizarrerie » était perçue, ce qui la constituait ne l'était que partiellement. Dans un premier temps, Charline était surtout attentive à la différence entre les gestes techniques qui étaient de son ressort, et ceux qui étaient de celui des ASSC. Au fur et à mesure de l'année, elle a élargi sa compréhension des rôles et des compétences des uns et des autres. Au final, elle releva que c'est dans l'analyse des situations professionnelles que se différencient davantage infirmières et ASSC. De fait, elle expliquait que les ASSC ne perçoivent pas les situations dans toute leur complexité ce qui les conduit parfois à proposer des prises en charge inadéquates. En fait, ce qui justifie les autorisations différentes par rapport aux gestes techniques est induit par le fait que les ASSC interviennent dans des situations stables et prévisibles. Il ne leur est donc pas demandé d'analyser une situation aiguë dans toute sa complexité, de mobiliser des connaissances multiples et variées afin d'offrir des soins adaptés et personnalisés à ce cas particulier. Sachant cela, le choix de laisser des ASSC seules dans un service d'accueil d'urgence où par définition les patients sont en situation instable est un véritable problème, qui se manifestait d'ailleurs par le fait de devoir aller chercher une infirmière dans le service voisin pour assurer certains gestes, tels que l'injection intraveineuse de médicaments. Nous le voyons, la clarification des rôles des infirmières et des ASSC est difficile dans ce contexte, prête à confusion. S'occuper d'apprenantes ASSC semble donc générer des difficultés supplémentaires pour l'encadrement.

Repérage par la hiérarchie des enjeux de l'attribution de cette nouvelle mission sur la construction identitaire des NP

Dans un contexte où les NP vivent des débuts « remuants », accompagner des apprenantes qui ont une formation ainsi qu'un rôle différents des leurs semble une mission compliquée et il est intéressant de se demander comment les cadres prennent la décision de leur confier cette activité. Pensent-ils qu'encadrer un métier délégué, donc statutairement inférieur, est plus simple ? Au même titre que certains pensent qu'il est plus facile d'enseigner au début du primaire plutôt qu'à la fin. Il est aussi possible qu'en référence aux savoirs mobilisés, les cadres s'imaginent qu'il est plus aisé à une NP de transmettre des savoirs « moindres », moins pointus, et que ses connaissances toutes fraîches facilitent ce travail de transmission. Une conception de l'encadrement/transmission serait là prioritaire. Par contre, elle ne prendrait pas en compte le travail sur le développement des compétences et la construction identitaire et c'est bien là que les NP ont rencontré le plus de difficultés, même si les enjeux de connaissances et de transmission étaient bien présents. Comme, de plus, les NP ne pouvaient s'appuyer sur les PF dans ce dispositif, la difficulté est encore accrue. Il se peut donc qu'il y ait un décalage important dans la compréhension et la vision du rôle de personne de référence entre ICUS et NP. Si c'est le cas, cette difficulté n'est probablement pas uniquement celle des NP mais celle de toutes les infirmières impliquées dans cette mission.

Jacquemet *et al.* (2007) ont relevé que « la présence d'une politique de formation pratique reste globalement marginale, ce qui engendre des conséquences sur la définition claire d'un concept d'encadrement des étudiants » (p.189). Ce constat émergeait en regard des situations de travail des PF, qui ont pourtant une formation et un rôle défini. Dans le contexte des NP, surtout pour celles chez qui il n'y avait pas de PF, nous pouvons imaginer que le concept d'encadrement est limité, renvoyant à la compétence 6 du référentiel de compétences (cf. Annexe 2) : « Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système sociosanitaire. » Celle-ci est générale, et correspond à un point du cahier des charges de toute infirmière. Elle est bien plus limitée que les compétences des PF qui les positionnent clairement dans une logique de formation. En ce qui concerne les NP, c'est ce mandat général qui leur a été attribué : « encadrer les stagiaires ». Il n'a pas été défini plus finement, pas délimité en fonction de leurs compétences actuelles, ou des particularités des stagiaires et de leur formation. Il semble qu'à ce niveau, l'implicite soit la règle, renforçant l'appui des NP sur le modèle qu'elles ont connu : les PF.

Il existe une relation étroite entre l'engagement des PF dans leur mission et la considération apportée à la formation pratique sur le plan institutionnel selon Jacquemet *et al.* Nous parlons là de personnes expérimentées, avec une formation spécifique pour cette mission. Elles ont déjà fait leurs preuves comme professionnelles, le fait que l'institution les envoie en formation PF et les reconnaisse dans ce rôle peut être vécu comme une valorisation. Elles modulent leur engagement dans cette mission en regard des moyens que l'institution leur accorde pour y parvenir et en regard des contradictions possibles entre logique de production et celle de formation au sein du service. En ce qui concerne les NP, non seulement elles n'ont pas de formation spécifique ni de statut légitime, mais elles n'ont que peu d'expérience. Elles viennent tout juste de sortir de la posture de stagiaire. Pourtant, elles vont s'impliquer très fortement dans cette mission, indépendamment du soutien institutionnel, voire malgré le peu de soutien. Ce qui les mobilise, c'est d'abord leur propre expérience de stagiaire : il s'agit autant de reproduire ce qui a été apprécié, que d'offrir ce qui leur a manqué ou qu'elles auraient souhaité. Leur repère identitaire est leur ancien statut, tant dans leurs attentes vis-à-vis d'elles-mêmes comme personne de référence (de l'autre côté du miroir) que vis-à-vis de celles concernant les stagiaires (face au miroir). Les phénomènes d'identification/projection sont permanents.

L'autre raison de leur forte implication venait de leur désir de montrer, de prouver ce dont elles étaient capables, d'autant plus quand, comme Judith, elles ont entendu de nombreuses critiques contre leur formation. Si elles étaient dans une dynamique de continuité identitaire pour les autres aspects du rôle, ici elles entraient dans quelque chose de nettement plus incertain : il semble y avoir intuitivement chez elles une perception que ce mandat ne renvoie pas qu'à une compétence à développer, mais à un véritable changement de posture. C'est en ce sens que nous pouvons faire l'hypothèse que l'attribution de la responsabilité de l'encadrement de stagiaire peut être perçue comme

une injonction à une transformation identitaire. Pour les trois, devenir PF fait partie des options de développement futur, par contre le moment n'était pas pertinent.

Kaddouri Kaddouri (2008) insiste sur ce qui se joue de fondamental autour de cette activité d'encadrement :

« L'expérience de l'accompagnement peut tout autant confirmer les professionnels en question dans leur propre quête identitaire comme elle peut les remettre en cause dans leur positionnement institutionnel et professionnel et donc identitaire. Tout dépend en partie de l'adéquation entre leur propre projet d'identité et le projet que les responsables hiérarchiques ont sur ou pour eux (p.184).

La menace identitaire est donc en tout temps présente, intrinsèquement liée à la fonction et les ressources pour pouvoir assumer ce rôle sont souvent peu nombreuses, voire encore moins que pour la pratique quotidienne des soins. Nous pouvons postuler que chez les NP, le danger est encore plus grand en raison de la fragilité relative de leur nouveau statut de diplômée, leur place dans l'équipe à conforter, ainsi qu'en raison de leur engagement intense dans l'encadrement, leur désir de bien faire et de prouver qu'elles sont de « vraies » infirmières.

Les responsables qui confient l'encadrement sont-elles conscientes de la portée de ces enjeux ? Perçoivent-elles la pression et les menaces identitaires que représente ce mandat ? La question se pose. Peut-être n'y a-t-il vraiment aucun choix en regard de l'obligation de former et le nombre de stagiaires passant dans un service sur une année. Peut-être perçoivent-elles cette mission comme un geste de reconnaissance entérinant le bilan de la fin du temps d'essai. Connaître le point de vue institutionnel sur la question serait donc intéressant.

7.3 « Détermine et accompagne le processus de formation de l'étudiant-e sur le lieu de pratique professionnelle » : oui mais comment ?

Quand les NP parlent de l'encadrement, elles se placent presque exclusivement dans l'activité première du rôle de PF, soit celle centrée sur l'étudiante. En effet, ce qui va les questionner en permanence, c'est de savoir jusqu'où aller, quel niveau viser, quelles stratégies pédagogiques utiliser pour favoriser leur progression, le tout en prenant soin de ne pas altérer la confiance en soi des stagiaires, en respectant les principes de bienfaisance, ou au moins de non-malfaisance.

C'est ce que nous allons développer à présent, en commençant par le repérage du niveau d'exigence en fonction de la formation, de l'évolution dans le parcours et des caractéristiques particulières de l'étudiante et du contexte.

7.3.1 Quel niveau d'attentes pour les performances des stagiaires ? : le juste milieu entre exigence formatrice et attentes démesurées nuisibles

En tant que personnes de référence, les NP devaient concevoir l'encadrement de l'accueil jusqu'à l'évaluation. Les premières questions et doutes qui ont émergé étaient liés à la

détermination du bon niveau d'attentes. Ainsi en allait-il pour Judith à la fin de sa première année de travail, alors qu'elle était référente d'une étudiante infirmière :

C'est quand même assez difficile de savoir exactement jusqu'où je peux lui demander de se débrouiller et de gérer. Alors, j'ai quand même l'impression qu'elle pourrait aller mieux, mais exactement jusqu'où, et les connaissances aussi, c'est pas évident. (Judith, E6, p.137)

Lors de son premier encadrement, Judith s'occupait d'une ASSC. Cet élément était pour elle particulièrement significatif de sa difficulté à percevoir le niveau :

En chir, y a pas du tout d'ASSC et ils sont pas encore prêts pour le moment à engager des ASSC, donc on encadre des ASSC mais y a rien dans le service qui est fait pour ça. (Judith, E3, p.133)

Elle ne connaissait ni la formation, ni le cahier des charges. De plus, à partir de ce flou, il fallait déterminer le niveau d'une apprenante à un certain stade de formation, ce qui s'avérait hautement complexe. Pour sa deuxième référence, elle a donc demandé à s'occuper plutôt d'une étudiante infirmière afin d'avoir des repères. Et pourtant, comme nous le voyons ci-dessus, la situation n'était pas plus évidente pour autant. Il en allait de même pour Roxanne.

Toutes les NP qui ont été en contact avec des stagiaires ont vécu ces mêmes doutes quant à ce qu'il fallait faire précisément, même pour des supervisions ponctuelles d'actes techniques. Alors quand il s'agit de concevoir un programme, la question devient très complexe : quelles sont les situations de soins les plus pertinentes à leur confier et pourquoi ? Quel soutien, avec quel degré de contrôle et d'autonomie, pour favoriser l'apprentissage tout en assurant la sécurité ? Ces interrogations étaient constantes d'autant plus qu'elles-mêmes étaient nouvelles et n'avaient pas encore une représentation très claire de leur nouveau service et de leur propre travail.

Soi-même comme point de référence

Pour pouvoir déterminer leurs attentes, toutes les trois ont utilisé la même stratégie : elles se sont appuyées sur leurs souvenirs d'elles-mêmes, stagiaires, à différents niveaux de leur formation. Charline qui encadrerait une apprenante ASSC de deuxième année réfléchissait de cette manière :

Je pense qu'en 3^{ème} année, c'est comme nous infirmière en 4^{ème} année, avec une autonomie un peu réduite puisque y a des choses qu'ils peuvent pas faire. Moi, je me souviens, à la fin de mon stage de dernière année, j'étais considérée comme diplômée. Donc je me dis que elle, dans une année, elle est au même stade, je me dis qu'il faut qu'elle avance. (Charline, E2, p.50)

Nous le voyons, si la comparaison semble donner quelques points d'ancrage, elle est très aléatoire. Charline différenciait mal les compétences des ASSC et des infirmières si ce n'est en termes d'actes autorisés ou non, donc la précision de sa représentation d'une finaliste infirmière ou ASSC restait confuse. De là, elle réalisait une sorte de calcul

régressif des compétences de diplômées ou certifiées, à celles de stagiaires finalistes, puis « un peu avant », etc. Finalement, tout cela semblait plus s'appuyer sur une forme d'intuition, une impression générale, Charline parvenant peu à décomposer cette représentation globale, vague, en compétences spécifiques à développer, à partir desquelles elle pourrait proposer des activités d'apprentissage.

Charline se souvenait bien du choc qu'avait représenté la découverte de cet univers particulier qu'est la psychiatrie. Si elle n'avait pas de plan d'encadrement à proprement parler, elle souhaitait que l'apprenante puisse apprivoiser ce domaine en se sentant en sécurité, c'est pourquoi elle lui a présenté tous les patients du service :

Je crois que c'était plutôt pour la rassurer et lui montrer que les gens qu'on a chez nous, c'est clair, certains ils sont peu commodes, voire agressifs, ça arrive, mais que les gens qu'on lui mettait entre les mains, entre guillemets, y avait aucun risque en fait. (Charline, E2, p.50)

Il était important pour elle que le dialogue soit très ouvert sur les craintes et les doutes que pouvait avoir la stagiaire. Charline attendait qu'elle s'exprime sur son vécu et fut très déçue face à une stagiaire qui ne laissa transparaître aucune émotion :

Nous on lui a dit qu'on la sentait très peu investie, qu'y avait jamais d'émotions vis-à-vis de certaines situations. Quand t'es stagiaire, tu dois quand même en ramasser en plein visage, je sais pas, en tout cas moi c'est les souvenirs que j'avais, y a quand même des trucs qui m'ont marquée. Mais là, rien, y a rien qui passait, ça passait tout droit. (Charline, E5, p.52)

Cette apprenante était très déstabilisante pour Charline par son comportement si différent du sien qui, quand elle était étudiante, se montrait actrice de sa formation, proactive dans les apprentissages, motivée, très vivante. Elle se trouvait donc confronter à une altérité qui l'obligeait à se réajuster constamment. Tout comme elle avait découvert dans le courant de l'année qu'il lui était pénible de soigner des patients dépressifs, entre autres parce qu'ils étaient peu preneurs de ce qu'on leur proposait et que les situations évoluaient lentement, cet encadrement questionnait les limites de son puissant désir d'aider et de soutenir les autres en la confrontant à un aspect de sa personnalité (impatiente, irritable) qui la surprenait et ne lui plaisait pas même si elle se contenait. Charline a donc découvert que ses attentes vis-à-vis de l'apprenante ne se limitaient pas aux connaissances et compétences mais également à des attitudes qu'elle jugeait finalement aussi professionnelles. Cela la conduisit à s'interroger sur la notion d'acquis et d'inné quant aux aptitudes de base pour devenir soignante :

J'arrive pas à dire si, finalement, notre profession, on la fait plutôt parce que c'est quelque chose d'inné chez nous, enfin où on est fait pour ça, ou si on choisit cette profession et finalement on n'est peut-être pas fait pour ça. (Charline, E6, p.56)

Si elle-même était certaine d'être au bon endroit et dans la bonne profession, cette apprenante élargissait la question aux autres, futures collègues peut-être, qui ne semblaient pas correspondre.

Durant nos entretiens, quand Judith parlait de l'encadrement, elle avait une manière particulière de s'exprimer. En effet, dans ses descriptions, elle utilisait beaucoup le « tu » d'identification. Tantôt ce « tu » se référait à elle, infirmière, tantôt à elle, stagiaire. Elle faisait donc des allers-retours permanents entre passé et présent. Elle se positionnait tantôt en ancienne étudiante, tantôt en NP avec les difficultés rencontrées, et en infirmière de référence. Les critiques sur la formation HES entendues dans ses débuts influençaient son encadrement :

Mais ça fait quand même un peu peur pour la suite parce que combien de fois j'entends dans les équipes qu'y a des stagiaires en stage final où ça va pas du tout, et qu'ils se disent : « mais comment ça se fait qu'ils sont arrivés en quatrième et que, et que ? » Et des fois c'est vrai que moi, en première année, on se dit oui y a plein de choses qui sont pas acquises, c'est normal et on laisse passer, et tout d'un coup c'est vrai qu'y a un saut entre le stage final et avant où tout d'un coup on va demander d'être.... Alors, peut-être que j'aurais tendance à être plus exigeante pour qu'y aient pas trop de différences. Je sais pas, c'est difficile (rire). (Judith, E6, p.138)

Judith percevait le risque qu'elle mette sous pression l'étudiante en ayant des exigences trop élevées, trop tôt. Nous pourrions y voir une réaction paradoxale aux critiques entendues : pour éviter à une future infirmière de vivre la même souffrance qu'elle dans ses premiers mois de professionnelle, Judith fixait un niveau d'attentes trop élevé, qui pouvait mettre l'étudiante en échec dans sa formation. Finalement, elle déplaçait le problème mais n'y apportait pas de solution. Sa lucidité sur les motivations qui l'animaient était un garde-fou important. Les conditions de son accueil pesaient donc là de tout leur poids, conduisant Judith à interroger son propre parcours, et par là même son identité. Nous voyons bien comment l'encadrement conduit la personne de référence à interroger son identité acquise. Pour une NP, dans une période où elle est encore en train de découvrir et de faire valider par autrui l'infirmière qu'elle est, ces questionnements peuvent être particulièrement aigus.

7.3.2 Ressources pour déterminer le niveau d'attentes et assurer l'encadrement

Comme nous venons de le voir, les NP se sentaient passablement démunies pour déterminer le bon niveau d'attentes à viser pour leur stagiaire. Elles auraient souhaité s'appuyer sur ces dernières, mais comme le mentionne Roxanne et Judith :

Et pis, elles, elles sont pas forcément au clair avec tout ça, donc ça complique encore un peu les choses. (Roxanne, E5, p.177) Elle [l'apprenante] a pas l'air non plus super claire sur ce qu'elle a droit de faire et pas faire. C'était pas évident, déjà rien que sur les dossiers, je sais qu'elle peut pas relever d'ordres, elle doit pas faire la visite seule, etc. Mais genre remplir le cardex avec les médicaments, moi je savais pas si elle avait le droit de le faire et elle non plus, c'était pas très clair. (Judith, E2, p. 135)

Il fallait donc chercher des réponses hors de cette relation duale. Charline partageait, par chance, la responsabilité de l'encadrement avec un collègue ASSC qu'elle respectait

comme professionnel, et qui avait déjà quelques années d'expérience de travail et d'accompagnement de stagiaire. Il jouait un rôle de guide pour elle. Les échanges entre eux l'aidaient à mieux définir ses attentes sans pour autant qu'elle soit toujours convaincue qu'il ne fallait pas en espérer plus. Cela se remarqua entre autres lors du bilan de mi-stage. Avant de rencontrer ensemble la stagiaire, Charline et son collègue s'étaient concertés. Leur évaluation alors était :

Suffisant, limite. Lui aurait mis un peu plus, voilà moi moins, je sais pas à quoi c'est dû. Donc, on lui a fait part de ça, on lui a demandé son autoévaluation à elle, on lui a dit vraiment qu'il fallait maintenant « moteur » (rire). On a quand même toujours valorisé ses points forts, vraiment alors, ça on a vraiment mis bien en avant. (Charline, E3, p.51)

Nous pouvons faire l'hypothèse que l'exigence plus haute de Charline par rapport à son collègue était à mettre en relation avec sa compréhension du rôle des ASSC, vu principalement comme une « infirmière, en un peu moins ». Toutefois, même s'il y avait une évaluation différente entre eux deux, ce qu'ils mettaient en évidence était identique. C'est leur manière de pondérer le niveau de compétence qui différait. Ils ne se trouvaient donc pas en désaccord fondamentalement et, visiblement, échangeaient explicitement sur le sujet. Il y avait donc un vrai partage et soutien dans cet encadrement, et par là même un apprentissage de son nouveau rôle par Charline et le développement d'une culture commune.

Judith, quant à elle, avait le soutien de Claude, ancien collègue d'étude, sauf qu'il était aussi inexpérimenté qu'elle. L'enjeu était donc essentiellement de partager cette responsabilité, d'échanger sur l'expérience, de chercher des stratégies ensemble. Si sur le fond de la détermination des attentes et de la conduite de l'encadrement autant de doutes demeuraient, le sentiment de solitude était limité. La parité de leur statut et le fait que leur relation était bonne autorisaient une parole sur les difficultés rencontrées avec un niveau de menace moindre. Par contre, Roxanne était seule responsable pour l'encadrement d'une étudiante infirmière. Cette ressource était donc grandement manquante.

A l'inverse de leur pratique d'infirmière auprès du patient où elles réalisaient en permanence des liens entre leur formation, les stages et la situation actuelle, aucune d'elles ne se référaient aux savoirs théoriques sur l'encadrement qui avaient été travaillés en cours. Nous pouvons en tirer deux hypothèses. La première est que, même en fin de formation (les cours ont lieu la dernière année), les NP alors étudiantes ne pouvaient véritablement se projeter dans cette posture de référente. Par contre, ces apports ont pu renforcer une réflexivité sur leurs propres processus d'apprenante et, en ce sens, être réinjectés par la suite dans le nouveau rôle. L'autre hypothèse est liée à la première et renvoie à TSRPF : certains savoirs ne prennent du sens ou ne peuvent être intégrés que lorsque le changement de posture est effectif.

Relation avec les représentants de l'école

Les NP comptaient sur les professeures de l'école pour mieux définir les attentes, ainsi que pour être validées dans ce qu'elles entreprenaient. Elles mettaient beaucoup d'espoir à ce niveau, ce d'autant plus s'il n'y avait pas de PF dans leur service pour tenir le rôle de relais avec la formation (Roxanne, Judith). Là, à nouveau, le besoin était plus aigu pour les apprenantes ASSC puisque l'équipe assumait seule l'encadrement, le professeur de l'école n'intervenant que très ponctuellement.

Vers la mi-stage, une professeure de l'apprenante ASSC de Charline est venue pour une analyse de situation de patient. Charline, en y participant, espérait pouvoir vraiment mieux délimiter les compétences spécifiques et les attentes, ce qui ne fut pas du tout le cas tant leur lecture de la prestation de l'étudiant fut différente :

La prof a trouvé ça merveilleux... Enfin y avait tellement de trucs auxquels nous on avait pensé, ou en tout cas à l'école qu'on nous avait appris à penser ou en tout cas à au moins remarquer ou se poser les questions, si on n'avait pas la réponse, au moins se poser la question. En tout cas, moi j'ai trouvé que c'était vraiment vide. Et j'ai aussi demandé, y avait plusieurs concepts qui étaient gros comme un camion pour cette situation mais qu'elle a pas touchés. Bon, après j'ai demandé au niveau des concepts à sa prof comment ça se passe, est-ce qu'elle doit un peu y toucher. Et pis, non ! (Charline, E3, p.51)

Charline se réfère à nouveau à sa formation et à la profession d'infirmière pour définir le niveau attendu d'une ASSC. Comme elle avait été une excellente étudiante, le décalage était encore accru. Dans les échanges avec la professeure, Charline n'est pas vraiment entrée en discussion sur l'encadrement et le niveau d'attentes. Elle a posé indirectement ses questions sur ce qu'elle pensait qui aurait dû se trouver dans cette analyse et qui pour elle manquait, afin de savoir si sa perception était correcte ou non. Cette manière de procéder ne lui permet pas d'accéder à ce qui sous-tend la nécessité de posséder ses connaissances, de la même manière que la simple observation des actes autorisés ou pas sert peu sans référence à la mission et au profil professionnel de l'ASSC. Finalement, suite à ce travail en commun, non seulement Charline n'était pas plus éclairée sur l'étudiante et son niveau d'études, mais elle acquit une certaine méfiance vis-à-vis de la professeure tant elle crédita peu sa parole.

Pour cerner un peu plus son étudiante, l'accès à certaines données antérieures de la formation lui fut utile. La première fut de savoir que l'apprenante n'avait pas eu de très bonnes notes dans les stages précédents. Si Charline ne possédait pas d'informations plus précises que cela, il n'en demeurait pas moins que les difficultés perçues n'étaient pas « un coup de tonnerre dans un ciel bleu ». Nous pouvons imaginer que Charline l'interprétait comme un indicateur que l'étudiante avait des problèmes et que ce n'était pas l'encadrement proposé qui les générerait. Le but n'était pas de se dédouaner ou de se désengager, mais d'avoir des points de repère sur le parcours global d'une stagiaire et, ainsi, de se rassurer pour continuer l'accompagnement. Le niveau d'attentes s'en trouvait amoindri, non pas par une meilleure compréhension des compétences attendues mais

plutôt par certaines limites perçues chez la stagiaire. Il ne s'agissait plus de viser l'excellence, mais surtout de lui permettre d'atteindre la suffisance.

Cette inscription dans le parcours global de l'apprenante passait aussi par un carnet de validation d'un certain nombre d'actes (activités de la vie quotidienne, soins techniques, etc.) qui se remplissait au fur et à mesure des stages :

Ça m'a quand même un peu rassurée parce que je sais que je peux m'appuyer là-dessus, je sais que ceux qu'ont signé c'est quand même des professionnels, ou j'espère, ou en tout cas, c'est ce que je me dis, je crois ça en tout cas (rire). (Charline, E2, p.50)

Il est intéressant de voir l'espoir que Charline met dans les collègues, inconnues, qui l'ont précédée auprès de l'apprenante. Nous pourrions le lire comme une manière de partager la responsabilité dans le temps d'une activité considérée comme lourde. Il y a toutefois quelques doutes sur le travail réalisé par d'autres, de la même manière que Judith le signalait dans les critiques parfois émises sur la formation qui laissait passer entre les gouttes des étudiants qui n'en avaient pas forcément les capacités.

Judith, elle aussi, aurait souhaité une présence plus soutenue de l'école :

Elle [la professeure] vient que deux fois, ça c'est quelque chose qui m'a un petit peu hallucinée parce que moi j'étais prête à dire ce serait bien si une fois par semaine ou, disons, toutes les deux semaines étant donné qu'elle s'y connaît pas trop, justement comme y a pas de PF qu'elle puisse travailler un peu la théorie parce que c'est vrai que ça, c'est des choses qu'on n'a pas trop le temps de faire sur une journée de boulot. Et non, en fait elle est venue une fois, elles ont travaillé une situation et la prochaine fois qu'elle revient, c'est avant l'examen pour faire un examen à blanc. (Judith, E2, p. 135)

A ses débuts dans cette nouvelle activité d'encadrement, Judith n'avait visiblement pas encore compris les particularités de l'accompagnement des ASSC. En effet, elle parle de PF, mais même s'il y en avait eu dans l'équipe, celle-ci ne s'occuperait pas de l'apprenante. De plus, elle espère visiblement que la professeure de l'école pourra suppléer aux manques de l'encadrement induit par les conditions de travail. En ce sens, l'offre était insuffisante pour elle, et démontrait avec force que c'étaient bien elle et Claude qui portaient la responsabilité de l'accompagnement.

En fin d'année, ce sentiment que la présence de l'école était insuffisante demeurait :

Je trouve quand même que le lien avec l'école manque un peu quand ils sont un stage, même que je sors de l'école moi. Des fois, on aurait envie que les profs viennent un peu plus pour voir une matinée, juste voir et dire : « non mais là, y a réellement un problème. » Ou « non, en fin de compte ça rejoint un peu les exigences qu'on attend. » Ou y ait un regard un peu différent du nôtre parce qu'on n'est pas vraiment dans la même position. (Judith, E6, p.138)

Ses attentes vis-à-vis de l'école étaient alors moins de l'ordre d'un remplacement que d'une validation, une caution de ce qui était entrepris et de l'évaluation de l'étudiante. Il

y a là, comme pour les premières fois seule en responsabilité, le besoin de ce regard tiers qui rassure. Toutefois, il ne s'agissait pas seulement d'échanger verbalement, mais bel et bien de confronter leur lecture d'une observation commune. Nous voyons bien le rôle espéré de ces interactions pour clarifier le niveau d'attente, mais aussi pour entrer dans un véritable partenariat école-stage. Les contrats tripartites de début de stage en sont une étape, mais le passage par la lecture conjointe d'une activité de l'étudiante semble particulièrement important, d'autant plus pour des NP, inexpérimentées dans l'activité d'encadrement, et qui, selon leurs dires, n'ont pas sollicité leurs autres collègues de l'équipe à ce sujet, nous y reviendrons. Nous pouvons imaginer que, en l'absence de PF, ce sont les professeures qui jouent le rôle d'aînées par rapport à cette mission nouvelle et déstabilisante. Pour des NP qui cherchent à asseoir leur place dans l'équipe, il y a là un enjeu spécifique.

7.3.3 Compétences pédagogiques pour assurer l'encadrement

Nous venons de le voir, déterminer les objectifs d'apprentissage était hautement complexe et difficile pour les NP. A cela, s'ajoutaient les doutes et les limites quant à leurs compétences pédagogiques :

J'aime bien encadrer les élèves mais j'ai pas les ressources nécessaires pour. Des fois, je me dis : « mais est-ce que je lui apprend vraiment quelque chose ou pas du tout ? » (rire). C'est un peu difficile... La question permanente, c'est : comment s'y prendre pour leur apprendre, les faire avancer. (Judith, E6, p.139)

Questionner et inciter à la réflexivité

Pour toutes, le droit à l'apprentissage était une valeur forte et elles souhaitaient être des jalons bénéfiques dans le parcours des stagiaires. Elles se sentaient néanmoins démunies quant à la manière d'accompagner et de soutenir ce processus. A ce niveau aussi, elles se référaient aux PF qu'elles avaient connues et à leurs expériences de stagiaires. Cela ressortait dans la manière d'encadrer la stagiaire :

Ce que je fais moi, c'est que je lui pose beaucoup de questions mais je lui donne peu de réponses (rire), dans le sens où elle a beaucoup de questions et que je lui réponds par des questions. Et en fait, là, comme ça, j'arrive à me rendre compte ce qu'elle connaît, ce qu'elle connaît vraiment pas. Mais souvent je me rends compte qu'elle arrive à faire la réflexion toute seule... On a tendance, mais moi j'étais aussi comme ça je m'en rappelle, tout de suite on va poser la question au lieu de prendre deux secondes pour réfléchir. Et quand on fait ça, je me rends compte qu'elle réfléchit très bien. (Judith, E6, p.137)

Cette manière de procéder était très chronophage. Néanmoins Judith était convaincue de son intérêt pour la stagiaire et découvrait qu'en plus il y avait des bénéfices pour elle par le repérage des connaissances de la stagiaire qu'elle permettait. En agissant de la sorte, Judith posait aussi ses attentes de réflexivité auprès de l'étudiante. Comme les NP valorisaient cet aspect, toutes utilisaient beaucoup le questionnement plutôt que la

réponse immédiate. Malgré leur conviction de l'utilité de la méthode, des doutes demeuraient, en particulier sur la manière de le faire :

Je lui demande : « ça, pourquoi t'as mis, pourquoi tu fais ça, pourquoi ci ? » Je lui pose mille questions pour qu'elle sache pourquoi elle fait les choses (rire). [...] Elle doit me prendre pour une tortionnaire, elle doit se dire : « celle-ci, elle me pose mille questions, je connais rien, je sais pas. » (Roxanne, E6, p.178)

Le mot de « tortionnaire » est là très fort mais proche du ressenti effectif de Roxanne. Rappelons-nous comment la présence trop proche de sa collègue à ses débuts lui était pénible, ressentie comme humiliante (p.112). De la même façon, elle se sentira dans la peau d'une *police* quand elle devra surveiller le travail d'une ASSC problématique (chapitre 9). Sa lecture du rapport de force entre les gens était surtout verticale, entre supérieur (dominant, puissant) et inférieur (soumis, fragile). Roxanne, dans cette interaction, était en position de force et se percevait comme écrasante. La forme du questionnement, son intensité, lui donnait le sentiment de mettre l'étudiante sous pression. Le changement de posture de stagiaire à diplômée puis à personne de référence, se marque là très fortement : même si elle se réfère sans cesse à elle-stagiaire, elle est dans la posture hiérarchique inverse dans le rapport à l'étudiante. Il en découle un fort sentiment de responsabilité et la conscience du poids que peut avoir sa parole :

J'ai peur que ce que je lui dis, parce qu'elle est assez sensible j'ai l'impression cette stagiaire, et j'ai un peu peur que ce que je lui dis soit plus destructeur que constructeur. Et mon but c'est que cette élève elle devienne infirmière, c'est pas qu'elle soit détruite à son premier stage. Et j'ai de la peine, parce que comme je suis un peu peut-être trop minutieuse et maniaque. (Roxanne, E6, p.178)

Sa minutie, voire sa maniaquerie, concernant son propre travail se manifestait dans le très haut niveau d'exigence de ses propres prestations de soins. Roxanne se rendait bien compte qu'attendre cela de la stagiaire était démesuré. En ce sens, si la questionner sur ce qu'elle entreprenait était pertinent, il était peu judicieux en première année de la pousser jusqu'à une prestation totalement aboutie. Nous y reviendrons dans le sous-chapitre suivant, cela avait finalement plus à voir avec les insécurités et doutes des débuts de l'activité d'infirmière diplômée qu'avec l'encadrement lui-même. Néanmoins, des tensions identitaires vives en résultaient, entre l'infirmière et la personne de référence bienveillante qui soutient l'évolution d'une étudiante qu'elle souhaitait être, et les limites que chacune des postures imposait à l'autre. Judith les vivait avec autant de force.

Transmettre : oui mais comment ?

A l'instar de Charline qui avait beaucoup de plaisir à transmettre ce qu'elle avait appris, les NP concevaient l'apport de connaissances comme un élément central de leur rôle. Certes, elles ne souhaitaient pas répondre d'emblée aux questions des étudiantes, mais en les faisant réfléchir, elles se retrouvaient face à leurs propres connaissances, parfois déficitaires ou imprécises, voire erronées. A ce moment-là, la maîtrise des savoirs théoriques par les NP était mise en question, ainsi que la manière de les traduire afin de

favoriser l'apprentissage des stagiaires. De nombreux doutes existaient à ce sujet qui pesaient lourd car ils étaient présents au quotidien :

Moi, je me sens pas super super apte. Ce qui est bien c'est que, suivant les questions qu'ils ont, on doit aussi nous se remettre et reréfléchir à des choses. C'est une chose d'avoir compris ce que nous on fait et de savoir ce que c'est telle pathologie, mais de l'expliquer, c'est pas forcément évident non plus. (Judith, E1, p.132-133)

La difficulté était plus grande pour les encadrements qui sont intervenus tôt dans la prise de poste. Pour Judith et Roxanne qui découvraient un nouveau service et un nouveau domaine d'activité, de nombreux apprentissages étaient en cours en ce qui concernait leur propre pratique auprès des patients. En ce sens, les questions des stagiaires pouvaient être menaçantes, renforçant le sentiment de manquer de maîtrise qui était déjà bien présent. Si les connaissances étaient là, utilisables et permettant l'action, le fait de ne pas être capable de les transmettre pouvait être une remise en question de ce qui semblait acquis.

Pour Charline, qui avait déjà fait un stage préalable dans ce service et qui connaissait bien le fonctionnement institutionnel, la situation était plus confortable. Apporter une bonne réponse était valorisant. Avec sa connaissance du service et son parcours de formation, elle y parvenait souvent. De ce fait, ne pas savoir pesait moins lourdement. Elle se donnait alors pour mission d'apporter la réponse, mais de manière différée. Nous le voyons, l'ancienneté dans le service jouait un rôle non négligeable par rapport à leur propre acquisition de connaissances. Cela représentait un obstacle et participait au sentiment que la mission qui leur était confiée était prématurée. Au fil du temps, cet aspect spécifique s'est amélioré. Par contre, le questionnement sur la manière d'expliquer, de faciliter l'accès à la connaissance est demeuré. La formation de PF est particulièrement importante au niveau du rapport au savoir car « elle représente une ligne de base essentielle dans la formalisation d'une expertise favorisant un encadrement de qualité » (Jacquemet *et al.*, 2007, p.195). Ne pas l'avoir pesait lourdement. Les NP fonctionnaient intuitivement ou en reproduisant ce qui leur avait été utile, il leur manquait des repères formels.

Une autre difficulté était de savoir jusqu'où pousser les stagiaires en fonction de leur niveau d'études. Judith trouvait que son étudiante de première année avait peu la vision globale du travail :

L'autre jour par exemple, elle avait deux patientes et elle avait eu l'impression d'avoir bien géré, et je lui ai dit : « oui, mais... » Enfin moi j'avais fait beaucoup de choses à côté. C'était une dame qui sortait avec des soins à domicile, y avait rien qu'était prêt, fallait tout, et c'est tout moi qui me suis occupée de ça parce qu'elle a fait d'autres choses. Et ça, elle a pas vu forcément qu'y avait eu tout ça à côté qu'avait été fait, mais c'est à son niveau, c'est normal, elle n'aurait pas pu tout gérer. Mais juste lui faire se rendre compte qu'y a pas que les petits soins techniques que tu fais durant la journée mais qu'y a plein de choses à organiser aussi, des téléphones, la papperasse, et que voilà ça fait aussi partie du travail. (Judith, E6, p.138)

Plus que le fond, c'est la forme de la transmission qui inquiétait Judith. L'enjeu était de savoir comment permettre à l'étudiante de percevoir l'intégralité du rôle et des activités sans lui donner le sentiment qu'elle était en échec parce qu'elle-même ne s'en est pas rendu compte. Si la réflexion est pertinente et justifiée, il est intéressant de la mettre en perspective avec les débuts des NP. Toutes ont mis en évidence que la vision globale des situations et du travail était un des éléments qu'elles ont dû le plus développer. Judith souhaitait éviter aux stagiaires de vivre les mêmes difficultés et reproches qu'elle, donc il est vraisemblable qu'elle était particulièrement attentive à ces aspects. Faire la différence entre son expérience et celle de l'autre, ainsi que prendre en compte une temporalité différente était un défi particulièrement ardu.

Evaluer : être juste, tout en défendant des compétences de haute qualité pour la profession

Evaluer était une activité totalement nouvelle. C'était l'aboutissement de l'encadrement, le moment où leurs observations allaient valider la poursuite de la formation, ou alors y mettre un frein. Aucune des stagiaires n'était susceptible d'être exclue de son école en cas d'échec. Les stagiaires de Judith et Roxanne ont démontré de bonnes compétences, le moment de l'évaluation n'a pas été difficile : il s'inscrivait dans la continuité des bilans qui avaient eu lieu tout au long du stage.

En ce qui concerne Charline, le stage de l'apprenante ASSC était insuffisant. La mi-stage était déjà mitigée, juste à la moyenne. Malgré tout ce qui avait été mis en place, il n'y a pas eu d'amélioration notable sur un stage qui était pourtant long. Pour Charline et son collègue, il n'y avait aucun doute sur cette insuffisance et leur position était soutenue par l'équipe :

On n'aurait pas mis une note suffisante. Parce que nous, on a eu le problème où elle est arrivée à 3.75, et ça a compté comme 4, et nous on voulait pas parce que pour nous ça vaut vraiment pas 4, pour nous c'est vraiment insuffisant. Donc, on a dû revenir à un item où on a eu discussion déjà et remettre une note en dessous. Mais elle a eu des 2 quand même dans ces notes de domaines. (Charline, E5, p.52)

Cette discussion sur l'attribution de la note est particulièrement intéressante. Les étudiantes estiment que les évaluations doivent être totalement objectives et c'est souvent là une raison de revendication sur un résultat jugé arbitraire. Passée de l'autre côté du miroir, Charline découvre que l'évaluation n'est pas objective mathématiquement, sans pour autant tomber dans une subjectivité à tout va qui permettrait de mettre en échec une stagiaire pour « délit de faciès ». Le niveau d'atteinte des critères est insuffisant, peut être justifié par de multiples exemples, et l'intersubjectivité de l'équipe sur les prestations de la stagiaire donne une sécurité aux deux personnes de référence.

Si la préparation du bilan final a été réalisée en collégialité, le jour où il a fallu l'annoncer à l'apprenante, Charline s'est retrouvée seule à sa grande surprise. C'était inattendu et rude pour une première expérience, malgré la certitude de la justesse de l'évaluation :

Après c'était dégueu, parce que le jour où on a fait ça, mon collègue il me fait : « oui, écoute, je dois partir plus tôt. » Ça veut dire que je dois annoncer toute seule la note ! Bon, je l'ai annoncée toute seule, ça s'est très bien passé. J'ai demandé d'abord si elle voulait savoir la note ou si elle voulait des explications. Bon, elle a voulu d'abord des explications pour chaque domaine, donc je lui ai donné. Et après, voilà, elle a vite fait la moyenne... C'était pas facile mais je crois que je m'en suis relativement bien tirée, je crois (Ibid.)

Le souci de Charline était vraiment de savoir comment dire sans détruire, d'autant plus qu'elle ne remettait pas en question la place de l'apprenante dans les soins. Certes, cette stagiaire n'était pas étrangère à ses interrogations sur l'inné et l'acquis par rapport à la profession, mais Charline pensait qu'elle avait la possibilité d'évoluer même si elle ne possédait pas des capacités naturelles, selon elle, pour être soignante. Cette expérience lui a permis de prendre conscience de la possibilité d'apprentissage de chacun et de la nécessité d'une guidance différenciée selon que l'apprenante a développé durant sa vie des représentations du métier (comme Charline à travers les dires de sa mère, elle-même infirmière) et des qualités plus ou moins favorables à l'acquisition des compétences attendues. L'apprenante admettait toutes les remarques qui lui étaient faites, ce qui a aussi facilité le travail de Charline.

Cette stagiaire fut déroutante jusqu'au bout. A la fin du stage, elle avait dû remplir un dossier d'évaluation de l'encadrement :

Bon, là, elle a mis qu'on a été extraordinaire avec mon collègue. Et on s'est dit mais c'est pas possible qu'elle écrive ça, elle venait rien nous demander, enfin on devait aller vers elle. (Charline, E5, p.52)

Nous l'avons vu, Charline attendait de la stagiaire qu'elle soit actrice de sa formation, demandeuse de découvrir de nouvelles expériences. Elle souhaitait aussi qu'elle apprivoise la psychiatrie. Une de ses grandes frustrations était liée au sentiment de ne jamais avoir pu accéder aux pensées et sentiments de la jeune fille. Malgré tout, elle était globalement satisfaite de l'expérience et ne s'attribuait pas l'échec de l'étudiante :

Alors, j'ai eu du plaisir à réaliser ça, ça c'est vrai, malgré le fait que la miss soit comme ça, et c'est dommage. En tout cas, là, je me remets pas en question en me disant si elle a de mauvaises notes, c'est à cause de nous. (Charline, E5, p.52)

Charline est parvenue à dissocier le résultat de l'étudiante de la qualité de l'encadrement qu'elle avait offert. Cela ne veut pas dire qu'elle ne se posait aucune question, mais elle parvenait à laisser à l'apprenante sa part de responsabilité. Nous pouvons bien imaginer que la confrontation à la grande altérité que représentait cette jeune femme, si elle a été très pénible tout au long du stage, a facilité la prise de recul face au résultat final.

Les NP, entre leurs expériences personnelles passées de stagiaire et celles actuelles de personne de référence, se posaient de nombreuses questions pertinentes pour la réalisation de cette nouvelle mission qu'était l'encadrement. Par contre, elles restaient très seules pour élaborer des réponses, trouvaient des ressources limitées, et demeuraient dans le

doute sur la pertinence de leur manière de procéder. Elles se sentaient donc démunies et craignaient beaucoup d'être nocives pour les stagiaires dont elles s'occupaient.

7.4 Impacts de l'activité d'encadrement sur la prise de poste des NP

Si cette nouvelle mission était porteuse d'incertitude et de questionnement, elle n'était pas non plus sans conséquence sur l'activité d'infirmière des NP. Comme le souligne Wittorski (1996), « les salariés devenant tuteurs sont amenés à produire des pratiques nouvelles en rupture avec leurs schémas d'action habituels qui les conduisent à transformer leurs compétences et à faire évoluer leur rôle professionnel » (p.39). Pour les NP qui étaient en train de construire leurs schémas d'action, rien n'était habituel. Charline avait un peu plus de points d'ancrage, par contre Roxanne et Judith étaient encore en pleine découverte de leur nouveau milieu. L'encadrement impliquait des remises en question sur des éléments mal stabilisés. Cette réflexivité permanente permettait toutefois une clarification de leur propre rôle d'infirmière. Néanmoins, il en résultait une surcharge massive tant dans l'encadrement que dans la réalisation de leur travail. La concurrence entre logique de production et logique de formation était présente à chaque instant.

7.4.1 Impacts de l'encadrement sur leur propre activité d'infirmière

Entre faire confiance et garantir la sécurité : la difficulté de lâcher le contrôle

Pour Judith et Roxanne, une des premières évidences a été la difficulté d'assumer leur propre charge de travail, tout en la partageant avec l'étudiante et en l'encadrant :

Je trouvais difficile aussi déjà au début, enfin, moi j'avais besoin encore, comment dire, de tout savoir sur l'organisation un peu de la journée et que ce soit quelqu'un d'autre qui fasse à ta place, j'avais tout le temps peur qu'elle oublie de venir me dire genre qu'y avait des perfs ou comme ça. Des fois, j'avais tendance à anticiper les trucs et c'était pas constructif pour elle parce que je faisais avant, parce que j'avais tellement peur qu'elle oublie au lieu d'attendre qu'elle vienne. [...] Aussi la manière de travailler. Moi, je suis hypermaniaque pour des trucs, j'aime bien que ce soit fait comme ça, pis si quelqu'un fait pas comme moi, ça m'énerve (rire). Non pour certaines choses, après c'est clair faut laisser aussi voilà. Mais au début, enfin voilà, j'avais besoin de maîtriser moi tout pour mes patients. (Judith, E3, p. 135)

Cette dernière phrase montre bien combien il est difficile pour une débutante qui a déjà tendance à réfléchir de manière parcellaire et linéaire (Benner, 1995) de ne pas avoir sous son contrôle direct toute l'activité dont elle se sent « seule » responsable. Déléguer à d'autres professionnelles (ASSC, AS) était déjà ardu, mais là, il fallait confier une partie du travail à une stagiaire, plus ou moins avancée dans sa formation, donc plus ou moins apte à assumer le travail en fonction de l'indépendance qui lui était accordée. Roxanne et Judith sont arrivées dans des équipes surchargées, l'intensité de la charge de travail globale était donc conséquente. De ce fait, il ne pouvait pas y avoir de réel allègement pour prendre en compte les besoins de l'encadrement. Il y avait donc double charge de travail, alors que rien n'allait de soi. :

Je trouve aussi que c'est assez difficile et puis, je pense que c'est surtout le manque de temps qu'on a à leur consacrer. Je veux dire la journée, elle commence à telle heure et elle est censée se finir à telle heure. Et si, moi j'en ai une, dernièrement, qui a fait $\frac{3}{4}$ d'heure pour une prise de sang, mais je veux dire, tout le reste de la journée, on court pour récupérer ces $\frac{3}{4}$ d'heure. (Roxanne, E5, p.177)

L'encadrement induisait forcément un ralentissement de l'activité, même si en apparence elles étaient deux pour la réaliser. La logique quantitative du travail à produire ne suffisait pas, car il s'y ajoutait une dimension qualitative : pour favoriser l'apprentissage, la stagiaire devait expérimenter par elle-même, sous supervision plus ou moins directe. Cela s'avérait inévitablement chronophage et était source de tensions pour les NP qui vivaient les contradictions liées à leur double fonction avec force, ce d'autant qu'elles avaient le sentiment que l'institution reconnaissait peu les efforts qu'elles faisaient pour bien faire.

Dans les débuts où le sentiment de responsabilité était ressenti intensément, le lâcher prise sur certaines activités confiées aux stagiaires était particulièrement difficile, les NP redoutant une erreur, une omission ou une imprécision qui entraîneraient de graves conséquences :

Et se dire que tu as vraiment la responsabilité. Donc si elle rate quelque chose que toi t'as pas vu, etc., la responsabilité, elle revient quand même à toi quoi. (Judith, E3, p. 135)

Le niveau de contrôle sur les activités de la stagiaire était dépendant de ce point :

Je l'ai observée faire deux, trois fois les choses, mais je la laisse assez gérer. Après, j'aime bien quand même avoir un œil. Des fois, je suis dans la chambre mais je suis pas forcément plantée à côté d'elle, voilà je range des choses, je sors les linges, enfin juste avoir comme ça une petite activité mais sans..., parce que ça met aussi la pression, ça je m'en rappelle très bien quand on est planté à côté, ça fout aussi la pression. (Judith, E6, p.139)

Judith aura pris plus de 9 mois pour développer des stratégies fines lui permettant d'assurer la sécurité de ses patients, le développement des compétences de ses étudiants, ce sans un contrôle de tous les instants. Elle a mesuré à quel point la confiance n'était pas donnée d'emblée mais se construisait au fil du temps, entre autres par la preuve de la compétence qui, pour se manifester, devait se placer dans un contexte qui lui permettait l'expérimentation de manière sécuritaire. Il est donc visible que moins la NP est assurée dans son rôle, moins elle a confiance en ses propres capacités et plus elle contrôlera cet autre, l'étudiante, qu'elle ne connaît pas et ne sait donc pas si elle peut lui faire confiance et qui risque par son inexpérience de faire des erreurs.

Tensions générées par les logiques de production et de formation

Roxanne a vécu une situation particulièrement complexe. Durant une période de surcharge, elle s'occupait d'une chambre commune avec l'étudiante d'année préparatoire. Roxanne s'occupait d'un patient de quatre-vingts ans. Celui-ci avait un déficit mental et jusque-là vivait à domicile avec sa sœur. Suite à une fracture du col du fémur, il a

commencé à présenter des complications, entre autres de multiples infections. Pour Roxanne, il était clair que ce monsieur était en fin de vie et avait énormément de douleurs insuffisamment traitées. Son désir était qu'il soit installé dans une chambre à un lit et que des soins palliatifs efficaces lui soient fournis. En cela, elle était en désaccord avec le médecin-assistant : celui-ci espérait sauver le patient parce que lui-même vivait une crise majeure suite au décès de plusieurs patients (nous y reviendrons dans le chapitre 10). Si Roxanne comprenait la souffrance du jeune assistant, sa loyauté et sa priorité allaient au patient. Elle était dans une situation conflictuelle, insistait pour obtenir ce qu'elle estimait nécessaire, avec peu de succès :

Je veux dire, pour moi, c'est une situation qu'est déjà hyperdure et hyperfrustrante parce que je me dis, ce monsieur, nous on devrait assurer son confort et le mettre dans une chambre seul et le laisser partir. Je veux dire il a plus rien. (Roxanne, E6, p.185-186)

La question du sens de son travail était au cœur de ses réflexions et de ses émotions. Dans ce contexte, les soins à donner à ce patient étaient une horreur pour elle, d'autant plus qu'ils prenaient plusieurs heures par jour. Si cette situation était la pire pour elle, il y avait d'autres patients dans des situations complexes et Roxanne se sentait arrivée à un point de rupture, tellement elle était épuisée psychologiquement et émotionnellement.

Roxanne s'est beaucoup interrogée sur son encadrement de la stagiaire à ce moment-là. En effet, la charge de travail intense induisait qu'elle avait besoin d'elle comme force de travail. Il se trouvait que les soins qu'elle pouvait lui déléguer étaient les soins de base de ce patient en fin de vie. Même si Roxanne était tout le temps présente à côté dans la chambre à 4 lits, il n'en restait pas moins que la jeune stagiaire avait une charge de travail conséquente à assumer :

Moi, on m'aurait donné ce patient en première année j'aurais pleuré tous les jours, je sais pas comment elle fait. (Roxanne, E6, p. 187)

Roxanne était consciente que le travail de la stagiaire la protégeait elle-même en lui permettant de s'éloigner de ce patient, mais elle n'avait pas d'autres options pour arriver au bout du travail quotidien. Elle naviguait entre des injonctions contradictoires et ne voyait pas d'issue. Il n'empêche qu'elle se sentait coupable de cela et très admirative de la stagiaire. Elle a clairement signalé sa saturation à l'équipe qui l'a entendue et a accepté de la décharger de cette chambre. Elle a aussi demandé qu'elle ne s'occupe plus du patient à son retour de congé et qu'on ne le confie plus à la stagiaire pendant son absence :

Après, elle [l'étudiante] m'a dit : « merci d'avoir demandé. » J'ai dit : « tu sais, si ça va pas pour toi il faut aussi le dire, parce que nous on peut pas deviner ». Elle est toute calme, toute timide. (Roxanne, E6, p.188)

La violence de la situation en elle-même conduisait à une certaine violence de l'encadrement. Nous pouvons bien imaginer que l'étudiante devait percevoir l'épuisement de Roxanne, et en même temps, cette dernière était tout de même la personne qui allait l'évaluer. Demander à être libérée de cette situation était très difficile.

En plus, Roxanne était consciente de ce qui se déroulait, mais l'enjeu se trouvait au niveau du contexte général de surcharge du service. Comme de plus, elle était seule référente, sans PF dans le service, il n'y avait pas de partage, pas d'échanges. Les ressources étaient déficitaires à tous les niveaux, ouvrant peu de perspectives. Dans leur recherche auprès des PF, Jacquemet *et al.* (2007) relèvent que ces dernières hésitent parfois à solliciter leurs collègues dans l'encadrement pour ne pas les surcharger. Ce sont elles qui sont investies de la mission, et non plus le collectif. Elles risquent du coup de se marginaliser. Pour une NP qui doit faire ses preuves, la tendance peut être encore accentuée. Par chance, comme Roxanne était depuis quelques mois dans le service, elle avait tout de même acquis suffisamment de sécurité dans l'équipe pour oser avouer son épuisement et demander de l'aide au moins par rapport à la charge de travail auprès des patients. Cette situation et ce moment-là en particulier l'ont mise en doute fortement sur ses aptitudes à l'encadrement.

Nous le voyons, l'accompagnement des stagiaires s'inscrit dans un contexte plus ou moins favorable. Au niveau de la psychiatrie, la charge de travail et l'effectif étaient plus favorables qu'en médecine et en chirurgie. Le rôle de personne de référence plaçait aussi les NP dans une posture particulière face à l'équipe, ce qui n'était pas anodin. Nous allons l'étudier maintenant.

7.4.2 Effets de l'encadrement sur la place des NP dans l'équipe

Parmi les missions du PF, une est centrée sur l'institution puisqu'il est prescrit que celle-ci doit faciliter l'intégration de l'étudiante dans l'équipe et dans les activités collectives. Elle doit également créer des conditions favorisant les apprentissages sachant que les ressources prioritaires des stagiaires, en dehors des PF, sont les autres membres de l'équipe de soins. En ce sens, il est évident que les PF jouent un rôle particulier dans l'équipe : elles en sont des membres intégrés, très au fait des compétences des membres de l'équipe et du fonctionnement global du service. D'autre part, elles ont à avoir du recul, à se placer à une certaine distance de leurs collègues pour jouer leur rôle d'interface entre le service/l'institution et l'école, entre les besoins de formation de l'étudiant et ceux de production de l'unité. Cette double posture est en soi porteuse de contradictions.

Pour les NP, encore en découverte de leur nouveau poste, leur intégration au sein de l'équipe était en pleine discussion, ceci même si tout se passait au mieux. Leur place et leur rôle au sein du collectif n'étaient pas stabilisés. Leur connaissance des collègues, de leurs compétences spécifiques était également partielle et la crainte de tout perdre, sous-entendu la confiance et l'estime de ces nouvelles pairs, suite à une éventuelle « faute ou incompétence » les habitait constamment. Dans ce contexte, devenir PF ou personne de référence d'une stagiaire pouvait représenter une double menace : en remettant en question leur place de pair et en les mettant en échec dans une nouvelle posture pour laquelle elles n'avaient pas toutes les ressources nécessaires.

Equipe-ressource

Des trois NP, Charline était celle qui avait le plus de sécurité dans l'équipe. Les liens qu'elle entretenait avec ses collègues reposaient autant sur une conception commune du travail que sur des affinités interpersonnelles. Dans l'encadrement, celles-ci étaient des ressources, nous avons vu comment le partage sur la perception de l'apprenante a permis de confirmer les impressions sur ses performances et son évolution.

Par contre, Charline s'est demandé si la dynamique d'équipe pouvait être à l'origine des difficultés de l'apprenante :

Je trouve que ce qu'elle fait, c'est vraiment plus que correct. Alors je sais pas si c'est aussi un manque de confiance en soi, ou bien peut-être nous l'équipe parce que c'est vrai qu'on prend beaucoup de place (rire). C'est vrai qu'on rigole bien, on est vraiment soudé, donc c'est vrai que pour une stagiaire, c'est peut-être pas facile. (Charline, E2, p.51)

Charline s'imaginait que la stagiaire avait peut-être de la peine à trouver sa place dans l'équipe et que de ce fait, elle restait en retrait, d'où son manque d'initiative. La suite lui dira que probablement ce n'était pas le cas. Néanmoins, ses doutes pourraient s'apparenter à un questionnement sur sa propre place : trop « dans l'équipe », peut-être ne jouait-elle pas le rôle de relais pour l'étudiante entre hors du cercle et dans le cercle. Cette hypothèse n'est pas absurde et peut être un obstacle réel pour une stagiaire. Nous avons vu dans le chapitre 6 la souffrance générée par le sentiment d'exclusion qu'avait ressenti Cléa de par son statut de stagiaire. Il est à relever, dans la situation de Charline, qu'elle-même venait de revenir dans le service, après une expérience de solitude induite par son défaut de maîtrise de l'allemand dans son premier poste. Son besoin d'intégration et d'échanges était très fort. Des tensions entre ses propres besoins et ceux de la stagiaire pouvaient donc exister. En même temps, pour assumer cette nouvelle mission, Charline avait besoin de retrouver ce bien-être et cette confiance en soi. Ses collègues étaient donc une ressource, autant pour son rôle de soignante que pour l'encadrement.

Pour Judith, confier de temps en temps l'étudiante à ses collègues la soulageait et en plus offrait à l'étudiante l'opportunité de profiter de l'expérience des autres et de découvrir d'autres manières de faire. A défaut d'expérience professionnelle approfondie dans cette équipe très jeune, Judith espérait au moins que la diversité des intervenantes pouvait compenser certains manques. De plus, ses collègues lui procuraient le regard extérieur dont elle avait besoin sur l'évolution de l'apprenante, même s'il ne remplaçait pas celui d'une PF ou d'une professeure.

En ce qui concerne Roxanne, les collègues étaient plus loin de l'encadrement. Seule référente de l'étudiante, nouvelle et cherchant à camoufler ses doutes derrière une apparence de maîtrise, elle se retrouvait bien isolée face à cette activité. Les membres de l'équipe intervenaient plus en soutien dans certaines activités de soins que pour l'encadrement.

Collègue-obstacle

Lors de l'encadrement de l'apprenante ASSC de Judith, des tensions sont rapidement apparues entre cette dernière et l'équipe :

Elle a un très très fort caractère, c'est une fille qu'est assez agressive et tout. On a eu des petites difficultés avec l'équipe. Là, je me sens pas très à l'aise, parce que moi j'ai discuté avec elle, on a bien discuté, je lui ai expliqué un peu les remarques que j'avais eues de l'équipe et ce que moi j'avais remarqué, elle avait l'air tout à fait ouverte à essayer d'évoluer et tout, mais y a une infirmière avec qui en particulier elle a des difficultés, où elles s'entendent pas du tout, c'est un petit peu la guerre. Et moi, je suis mise un peu au milieu, tout le monde vient râler chez moi. (Judith, E2, p.133)

Judith et Claude n'avaient pas de problème avec elle, ils estimaient qu'au niveau des soins, de la relation aux patients, l'apprenante était tout à fait adéquate. Le nœud se situait au niveau de l'équipe, et finalement, après analyse, les difficultés concernaient surtout une infirmière, Clothilde. Judith trouvait la situation particulièrement difficile à vivre, ne savait pas comment se positionner, d'autant plus que sa perception de la stagiaire ne justifiait pas l'ampleur de la crise au sein de l'équipe. Il est intéressant d'observer le choix des termes de Judith : de *petites* difficultés qui conduisent à un *petit peu la guerre*. Il y a une forme de minimisation du conflit dans le langage, alors que dans les faits, Judith va le prendre véritablement en considération et le juger suffisamment grave pour ne pas espérer une résolution spontanée. Que Claude et elle aient eu la même perception de la situation sur tous les plans a été très aidant, ils ont pu s'appuyer l'un sur l'autre pour analyser la situation, élaborer des stratégies et parler avec l'apprenante :

On est d'accord les deux pour le fait qu'on doit aussi un petit peu la protéger parce que là j'ai l'impression qu'y a aussi un acharnement de l'équipe contre elle. Alors elle, elle sait peut-être pas très bien s'y prendre, y a effectivement des choses à redire et à régler. (Ibid.)

Pour Judith, il était essentiel de préserver des conditions qui permettent l'apprentissage et la réussite du stage. La stagiaire était devenue un bouc émissaire et il fallait rompre ce cercle vicieux qui conduisait à la critiquer sur tout, tout le temps :

Pour moi, ok elle est en stage final mais c'est normal qu'elle sache pas tout, elle a plein de trucs à apprendre encore, même moi étant diplômée y a plein de trucs que je sais pas. Après, effectivement, y a des bases à avoir et à avoir atteint, etc., ça je suis tout à fait d'accord mais y a des choses que c'est normal qu'elle sache pas et qu'elle va encore les apprendre, surtout n'ayant jamais fait de chir. (Ibid.)

Ce « non droit » à l'apprentissage était une des sources principales de tensions pour Judith. Sa représentation de la diplômée qui sait était déjà remise en question par ses propres besoins d'apprentissage et le peu de soutien obtenu dans sa prise de poste. Et là, qu'une stagiaire, qui par définition était là pour apprendre, n'ait pas ce droit attaquait des valeurs importantes pour elle tant dans sa fonction d'infirmière que de formatrice :

Quand c'est une stagiaire qui va super bien, alors là y a pas de problème, mais dès que c'est une stagiaire qu'a un peu de difficulté, c'est tout de suite : on la saque. (Ibid.)

Quand, en plus, il lui a été demandé de manière plus ou moins explicite d'être la messagère de ces critiques auxquelles elle n'adhérait pas, la situation est devenue franchement épineuse pour Judith. Elle était obligée de prendre position et dans ce contexte, ce n'était pas sans risque. En effet, Clothilde tenait une place particulière dans l'équipe :

Ç'a été difficile parce que quand moi je travaillais avec ma stagiaire, elle est eu intervenue sur des choses, elle a eu engueulé pour des choses que j'étais pas du tout d'accord parce que c'était avec moi qu'elle travaillait et que c'était bon. C'est vrai que j'ai pas trop osé lui dire non plus... Comme je m'entends bien avec, j'ai de la peine à lui dire les choses parce que c'est une fille qu'a aussi un fort caractère comme infirmière et j'ai pas envie de me la mettre à dos en tant que collègue, donc je suis un petit peu mal mise, je dois dire (rire). (Ibid., p. 134)

Cette infirmière, une des anciennes, travaillait à temps partiel mais colorait à elle seule l'ambiance du service. C'était une personne au caractère fort, très exigeante envers les autres, moins vis-à-vis d'elle-même (l'équipe signalait régulièrement des erreurs, des oublis, un manque de rigueur), mais personne n'osait vraiment l'affronter car, quand elle prenait quelqu'un en grippe, elle essayait de mobiliser toute l'équipe contre cette dernière. Elle exerçait ainsi une forme de terrorisme, fait connu des ICUS puisque Clothilde était arrivée dans ce service suite à un transfert non volontaire et qu'il lui avait été demandé de suivre des formations continues sur la relation entre autres. Malheureusement, rien ne changeait et, dans le conflit qui les opposait, Judith avait peur que sa position au sein de l'équipe soit mise en danger car si cette collègue déclenchait une cabale contre elle, elle risquait de perdre ce qu'elle avait acquis. Néanmoins, elle prenait aussi sa responsabilité de personne de référence très à cœur et souhaitait absolument faire de son mieux pour la stagiaire. Dans sa tête, les choses étaient claires : même si sa collègue allait rester et que la stagiaire n'était que de passage, l'encadrement primait.

Claude et Judith ont finalement fait alliance avec le reste de l'équipe, non pas contre Clothilde, mais pour l'étudiante. Ils ont présenté ce qu'ils avaient observé des compétences de l'apprenante, comment ils lui avaient signalé les remarques de l'équipe sur son comportement et les accents qu'ils allaient mettre sur pour l'encadrement. Et ils ont déterminé tous ensemble que Clothilde ne s'occuperait plus de la stagiaire quand les deux personnes de référence étaient absentes.

De façon générale, l'étudiante réalisa un bon stage par la suite mais la collègue continua de se mêler de cet encadrement et téléphona même à Judith durant ses congés pour lui demander de réagir face aux supposées insuffisances de la stagiaire :

Et ça se passait toujours quand j'étais pas là en plus et après on me téléphone à la maison, donc c'était franchement pénible, pas du tout une bonne expérience. (Judith, E4, p.135-136)

En fait, Clothilde avait entrepris la formation de PF qui s'était soldée par un échec. Judith voyait donc dans son comportement quelque chose de « revanchard » :

J'avais l'impression plutôt que, comme on est les petits nouveaux là aussi avec Claude, quand on encadre des stagiaires qu'elle veut nous imposer, du genre : « mais vous savez pas ce que c'est d'encadrer des stagiaires, écoutez-moi !, » alors qu'on est quand même assez grand et qu'on n'est pas forcément d'accord avec ce qu'elle pense. (Ibid., p.136)

Nous le voyons, la problématique portait probablement bien plus sur les places respectives des diplômées dans l'équipe que sur l'apprentissage de l'apprenante. L'intense besoin de pouvoir de cette professionnelle ainsi que la déception et l'humiliation que représenta son échec à la formation de PF la conduisirent certainement à vouloir contrôler son environnement, cherchant à le faire plier à sa volonté. Il n'empêche que dans une jeune équipe, manquant singulièrement d'expérience, où Judith avait besoin de s'appuyer sur l'expertise des anciennes, cette situation était lourde de menace.

PF par convention : un statut ambigu et piégeant

Claude et Judith nommés PF ad intérim ou PF par convention ou statut 8¹⁷ par leur ICUS n'avaient pas réalisé les enjeux et l'ambiguïté de leur nouveau statut et c'est en expérimentant ce rôle qu'ils en ont vu toutes les difficultés :

Si tu veux, la cheffe, elle nous avait demandé si on était intéressé Claude et moi à aller suivre un cours avec les PF sur l'encadrement des stagiaires, plutôt comment améliorer l'ambiance, donc ça, ça m'intéressait oui l'encadrement des stagiaires. Et du coup, là, on a été nommé PF par convention. Moi, j'ai dit à la cheffe après que je savais pas du tout, enfin elle nous avait pas expliqué ça. Elle nous a dit que oui, mais je suis certaine que non (rire). Du coup, on a été désigné comme ça parce qu'on avait décidé de s'inscrire à ce cours. (Judith, E4, p.136)

Cette reconnaissance institutionnelle plaçait Judith dans une position statutairement particulière face à ses collègues, ce qui n'était pas anodin et si la décision prise par l'ICUS pouvait sembler logique et rationnelle, elle aurait certainement mérité une médiation au sein de l'équipe. De plus pour Judith, NP perfectionniste, chaque mission confiée était un défi à relever. Lui donner une responsabilité n'était pas une notion vide et il s'agissait vraiment de l'assumer.

¹⁷ « Personnes qui justifient d'une situation particulière. Selon leur situation, ces personnes se verront attribué par le Siège HES-SO l'une ou l'autre des catégories ci-dessous. Ce statut 8 est en principe limité dans le temps. » En ce qui concerne Judith et Claude, la particularité était celle-là : « Personne désignée comme remplaçante d'un-e praticien-ne formateur-trice absent-e ou démissionnaire, ou nouveau/nouvelle dans la fonction et ne bénéficiant que d'une année de pratique professionnelle, ou employée d'une institution nouvellement adhérente au dispositif et qui n'a pas encore pu assurer la formation de ses praticien-nes formateur-trices, ou d'une institution engagée dans un processus de restructuration, etc. » Cette fonction est attribuée pour au maximum trois ans. (HES-SO (2008). *Statuts de PF permettant l'indemnisation*. Delémont.)

Ce statut de PF par convention est resté nébuleux pour Judith jusqu'à la fin de l'année :

Bon, PF, dans le suivi des PF, celles qui sont diplômées, c'est celles du [service voisin], y en a deux, donc c'est quand même elles qui font les après-midi PF [temps d'analyse réflexive] et tout. On est juste là pour signer les papiers et avoir une reconnaissance, enfin que l'hôpital ait la reconnaissance par rapport à l'école, je sais pas quoi. (Judith, E4, p.136)... Ça veut vraiment rien dire parce que c'est juste reconnu par l'école que c'est moi qui dois signer ce papier, enfin c'est pas reconnu mais enfin voilà, y a rien du tout de PF là derrière. (Judith, E6, p.137)

Ce *juste là* se référait à un geste en apparence insignifiant alors qu'il pesait sur ses épaules en termes de responsabilité qu'elle ne savait pas vraiment comment assumer. En plus, cela lui donnait une position qui la différenciait de ses collègues:

Une fois j'ai dû signer alors que j'avais pas du tout été référente. Bon, je connaissais quand même l'élève, c'était une finaliste et ça allait très bien, donc j'avais bien lu le papier avant de signer. Mais c'est quand même une situation que je trouve un peu, oui je me disais : « je signe quand même un papier, et si je disais que j'étais pas d'accord, est-ce que la référente serait d'accord de changer étant donné que moi j'ai pas non plus travaillé avec elle, donc vu toutes ces choses. » Donc voilà, c'est un peu bizarre (rire). (Judith, E5, p.137)

Nous le voyons l'encadrement avait des impacts multiples sur les NP, autant liés à cette activité elle-même qu'à ses répercussions sur l'activité soignante. La nouveauté et la difficulté de cette mission confrontaient les NP à des questions inédites, dans un contexte relativement fragile par la faiblesse de leur expérience dans leur service respectif. Nous pouvons donc nous interroger sur les ressources qu'elles ont trouvées ou non dans l'institution, ainsi que les répercussions de ces premières expériences sur leur projet professionnel.

7.4.3 Ressources et besoins pour réaliser l'activité

Comme nous l'avons vu, la ressource prioritaire des NP pour encadrer était leur propre expérience de stagiaire, tant dans le repérage des attentes que pour l'offre de soutien à l'apprentissage avec la référence permanente aux PF qu'elles ont côtoyées. Le partage de la responsabilité avec un collègue était également une aide bienvenue d'autant plus si celui-ci possédait déjà une expérience d'encadrement. Sur trois NP, nous avons trois configurations différentes (seule, un duo inexpérimenté et un duo mixte en expérience et en profession). Ce sont là finalement les ressources qu'elles citent, même si certains outils pouvaient les aider :

Ce qu'offre l'institution ? Pas grand-chose (rire) je dirais. La seule chose qu'on sait, c'est que pour les étudiantes infirmières, les PF c'est quand même les deux du [service voisin] et que si on a quoi que soit Claude et moi comme question par rapport aux papiers ou n'importe, elles, elles sont là. Elles ont fait aussi tout un classeur avec toute une marche à suivre, aussi comment faire des objectifs, l'explication des compétences, donc elles s'investissent aussi beaucoup. (Judith, E5, p.137)

L'absence de PF dans les unités est un obstacle. Judith aurait pu solliciter les PF du service voisin, mais elle ne le faisait pas. Nous pourrions voir plusieurs raisons à cela : elles appartenaient à l'équipe qui avait accueilli son collègue de classe pour qui les débuts avaient été si difficiles qu'il avait dû partir avant la fin des trois mois d'essai. Cette équipe tenait un discours virulent contre la formation HES. Membres de l'autre équipe, elles n'étaient pas considérées comme des pairs. De ce fait, le lien n'était pas construit et, pour les rencontrer, il fallait le faire délibérément. Nouvelle, encore déstabilisée par des débuts chaotiques induits par une surcharge de travail de deux mois, débordée par son activité soignante et l'encadrement et, de plus, responsable d'une apprenante ASSC, les obstacles étaient multiples. Comme pour les débuts dans le service, c'était à elle de solliciter et d'aller chercher de l'aide. Finalement, comme pour les soins, elle va surtout *se débrouiller*. Quant à Roxanne, seule responsable, sans PF, elle était extrêmement seule.

Toutes comptaient sur les professeures de l'école pour les aider à clarifier ce qu'il y avait à réaliser et valider ce qu'elles avaient entrepris. Toutes furent déçues à ce niveau. Le temps de présence des représentants des lieux de formation était très limité. En ce qui concerne les étudiantes infirmières, formellement les professeures sont venues deux fois : au début pour établir le contrat tripartite et à la fin pour le bilan final dont l'équipe était décisionnelle. A cette occasion, les conditions d'encadrement étaient discutées. Par contre, il n'y avait pas de regard commun sur l'activité de l'étudiante. Et cet élément leur aurait été utile, surtout pour valider leur perception.

Il est intéressant de relever que les attentes des NP pour développer leurs compétences pédagogiques s'adressaient aux écoles : est-ce à dire qu'elles associaient cette activité à ceux dont la mission est exclusivement la formation ? En effet, puisque apparemment toute infirmière de l'équipe assure cette fonction régulièrement, d'où la logique du tournus qui justifie de leur confier si précocement des stagiaires, des ressources expérientielles existaient dans l'équipe. Toutefois, elles ne se tournaient vers elles que pour du soutien dans la logique de production ou alors pour parler des prestations des stagiaires, mais pas en termes pédagogiques. Logiques de formation et de production semblent donc dissociées, marquant ainsi la schizophrénie culturelle de la fonction. La position d'interface qui était censée être la leur était difficile à assumer par leurs connaissances partielles du service et de ses membres et l'absence de formation à cette activité spécifique, d'où une amplification des tiraillements entre mission de soin et mission d'encadrement.

Cela se manifestait, entre autres, dans le besoin qu'elles auraient eu d'avoir une activité soignante allégée afin de pouvoir mener de front les deux fonctions :

On sent que les conditions de travail permettent pas de l'encadrer correctement, et ça, c'est dommage... Je trouve que l'encadrement, il est pas du tout adéquat là. Et c'est assez embêtant parce qu'en plus, quand on bosse avec elle, nous on a aussi nos patients et ça c'est quelque chose que j'ai de la peine à supporter, c'est dur à gérer parce qu'on doit d'un côté la suivre et voir ce qu'elle fait, d'un autre côté y a des moments où on doit la laisser seule, donc moi je l'ai pas non plus vue énormément

travailler parce que je dois aussi m'occuper de mes patients, et ça je trouve que c'est embêtant, on n'est pas assez. (Judith, E2, p.134)

Il n'y a pas de révolte contre ces conditions pour débiter une activité si importante pour les NP : c'est un fait, il y a un manque d'effectif qui se manifeste à tous les niveaux, y compris pour l'encadrement. Il leur aurait fallu un allègement pour leur permettre de continuer à développer leurs propres compétences d'infirmières en parallèle. Néanmoins, les questionnements permanents et la grande réflexivité dont elles ont fait preuve tout au long de ce mandat ont favorisé une compréhension plus fine de leur rôle d'infirmière, ont développé leurs connaissances, et elles ont acquis des compétences dans l'accompagnement, même si de nombreux doutes demeuraient. Malgré tout, le sentiment qui prédominait était celui d'une expérience prématurée qui se manifesta dans leur bilan de cette nouvelle activité.

7.5 Effets des premières expériences d'encadrement sur la dynamique identitaire des NP

A leur sortie de la HEdS-FR, Charline, Roxanne et Judith envisageaient toutes les trois de devenir PF à l'avenir. L'expérience vécue a eu des échos divers après cette première année de travail. Roxanne est celle qui l'a vécue le plus péniblement et douloureusement. Le contexte du service surchargé et la solitude dans l'activité y ont joué un grand rôle. Tous ses doutes quant à l'effet bénéfique de ce qu'elle avait entrepris, surtout d'avoir été bienveillante et un soutien pour l'apprentissage de l'étudiante, sont demeurés. Ce manque de confiance en soi face à cette activité et ce sentiment d'insuffisance furent un frein à l'entrée en formation, le but étant d'éviter de se confronter à l'échec et à une mauvaise image de soi (Bourgeois, 2006a). Toutefois, cela n'affecta pas son sentiment de compétence comme infirmière dans son activité soignante. Ainsi, sa dynamique de continuité identitaire avec projet d'entretien de soi demeurait. Par contre, c'était le possible projet de transformation identitaire en devenant PF qui était mis en question. Le fait que sa dynamique identitaire ne soit pas modifiée, malgré sa déception de ne pas avoir pu être meilleure dans cette activité, peut être un indicateur que pour Roxanne, il s'agit de deux rôles distincts.

Pour Judith et Charline, l'expérience a été moins traumatique, et le désir de poursuivre cette activité était bien présent. Toutes les deux se sont vues proposer par leur ICUS respective de se former comme PF. Pour Judith, si l'intérêt était là, elle ne se sentait pas prête à commencer un CAS, formation tout de même conséquente. Par contre, elle a accepté de se former comme formatrice en entreprise, la formation étant plus courte et moins exigeante. Il n'y avait pas d'attitude de refus, mais plutôt une adaptation d'un projet à ses attentes pour sa vie où elle souhaitait trouver un plus grand équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Elle demeurait dans une dynamique de continuité identitaire avec projet d'entretien de soi, auquel s'ajoutait une dynamique débutante de projet de transformation de soi. Malgré une expérience qui a été source de beaucoup d'insécurité, de doutes, elle y a trouvé suffisamment d'intérêt et de conviction qu'elle était capable d'assurer ce rôle pour s'approprier un projet qui lui avait été imposé au départ.

Quant à Charline, si elle envisageait sérieusement de devenir PF, elle ne le souhaitait pas tout de suite car elle trouvait prématuré de se lancer dans cette fonction. Elle voulait encore travailler pendant un an avant de commencer : son bagage technique et ses connaissances lui paraissaient suffisants. Par contre, c'est l'expérience qui lui manquait : elle souhaitait pouvoir se référer à beaucoup plus de situations, avoir une vision à la fois plus large et plus fine de ce qu'étaient les soins dans ce service. Elle se plaçait dans une dynamique de continuité identitaire avec projet d'entretien de soi, mais le projet de transformation de soi était présent, s'étayant sur la poursuite du développement des connaissances et compétences acquises.

Nous pourrions dire que si chacune des trois NP était porteuse de ce projet de devenir PF, la précocité de la survenue de cette mission en a fait un projet assigné par la hiérarchie. Son appropriation par chacune a été variable, dépendant des ressources tant personnelles qu'externes. La précocité trop grande du mandat a fait l'unanimité, particulièrement en regard de leurs compétences de soignante encore insuffisamment maîtrisées à leurs yeux. Les recherches sur l'impact d'une telle expérience précoce sur des NP n'existent pas, indicateur probable d'une situation qui n'est pas souhaitable ou alors qui demande des conditions et un soutien spécifique qui seraient à étudier plus avant.

8. Les erreurs

Commettre une, voire des erreurs, a été un événement marquant pour cinq des sept NP. A chaque fois, cela a signifié une remise en question : d'elles-mêmes, de leurs compétences, de leur place dans l'équipe, voire dans la profession, et leur identité personnelle et professionnelle a été par moments fortement bouleversée.

Différents éléments ont influencé le vécu de cet événement : la nature de l'erreur, le contexte de sa survenue, le moment dans la chronologie de la première année de travail, le partage ou non de la responsabilité de l'erreur, la manière dont elle a été découverte et traitée, et finalement, les conséquences qui en ont découlé.

Durant les premiers mois, la peur de commettre une erreur était très présente chez toutes les NP et leur principale crainte était de tuer le patient. De fait, elles s'imaginaient soit *passer à côté* de signes et symptômes (cf. chapitre 6), soit faire une erreur technique ou médicamenteuse qui tuerait immédiatement le patient. Ceci les conduisait à réaliser des contrôles multiples et répétés (nom des produits, dosage) qui les ralentissaient dans leur travail. Après quelques semaines dans un même service, elles ont repéré une répétitivité des traitements prescrits, ce qui a allégé la pression et les a sécurisées par les connaissances acquises. Leur sentiment d'avoir du contrôle sur leur activité a augmenté. C'est fréquemment à ce moment-là que la peur diffuse de l'erreur s'est atténuée. Et c'est souvent aussi à ce moment-là que les erreurs sont survenues.

Pour comprendre en finesse ce qui se joue autour de cette problématique de l'erreur, nous allons nous référer au concept de *team psychological safety* ou *Sécurité Psychologique au Travail (SPT)* d'Edmondson et la théorie de *l'erreur humaine* de Reason.

8.1 La sécurité psychologique au travail

Depuis la fin des années 1990, Amy Edmondson, professeure à la Harvard Business School, spécialisée dans le management et le leadership, réalise des recherches sur l'influence du leadership sur l'apprentissage, la collaboration et l'innovation dans les équipes et les organisations. C'est dans ce cadre qu'elle a mis en évidence et développé le concept de sécurité psychologique au travail. Elle définit la SPT comme :

Les perceptions individuelles sur les conséquences des risques interpersonnels dans l'espace de travail. Il s'agit de croyances acquises sur la manière dont les autres vont réagir quand l'un des membres se met en évidence, par exemple en posant une question, en demandant un feedback, en rapportant une erreur, ou en proposant une nouvelle idée¹⁸. (Edmondson, 2004, p.241)

¹⁸ « *Psychological safety describes individuals' perceptions about the consequences of interpersonal risks in their work environment. It consists of taken-for-granted beliefs about how others will respond when one puts oneself on the line, such as by asking a question, seeking feedback, reporting a mistake, or proposing a new idea.* »

Edmondson (1999) estime que, pour comprendre les comportements d'apprentissage en équipe, la structure de l'équipe *et* les croyances partagées doivent être investiguées conjointement, qualitativement et quantitativement. Les recherches antérieures avaient tendance à mettre l'accent soit sur les aspects structurels (organisation, clarté des tâches, composition pertinente de l'équipe, accès facilité à l'information et la reconnaissance), soit sur les aspects cognitifs et interpersonnels (Argyris, 2003). Dans tous les cas, il ressort que les apprentissages dans les organisations sont souvent difficiles, problématiques et rares sans conditions spécifiques. C'est en ce sens qu'Edmondson s'intéresse tant à la structure de l'équipe et son fonctionnement hiérarchique qu'aux croyances sur les réactions des collègues face aux comportements jugés « à risque » au niveau interpersonnel. Ceux-ci sont principalement reliés aux besoins d'apprentissage et aux erreurs.

8.1.1 Les comportements d'apprentissage et leurs enjeux

Edmondson met l'accent sur la manière dont l'apprentissage se réalise en équipe, il ne s'agit donc pas seulement de repérer les stratégies individuelles dans le cadre du collectif. Les comportements d'apprentissage se réfèrent aux activités poursuivies par les membres de l'équipe à travers lesquels ils obtiennent et traitent des données afin de s'adapter et de s'améliorer individuellement et collectivement. Quatre comportements sont mis en évidence (Edmondson, 1999, 2003, 2004) :

- La demande de feedback
- Le partage d'informations
- La demande d'aide
- La discussion sur les erreurs et les expériences

Ces quatre comportements, s'ils sont effectifs, conduisent les équipes s'engager davantage dans des processus de découverte et d'innovation.

C'est la réaction des collègues à ces comportements qui va créer l'atmosphère spécifique à cette équipe face à l'apprentissage : y a-t-on droit ou non ? Peut-on se montrer désécurisé ou faillible et demeurer un membre de l'équipe ? Etc. Les individus s'engagent dans un calcul tacite à travers des microcomportements pour tester le risque encouru en regard d'un comportement. Tant que le sujet n'a pas eu l'occasion d'expérimenter ce climat, personnellement et/ou à travers les expériences de ses pairs, il peut craindre de manifester ses comportements d'apprentissage, ce qui devient alors un obstacle à son évolution. Les peurs ressenties sont souvent les mêmes, à savoir :

- paraître ignorante
- paraître incompetente
- paraître négative, critique
- être perçue comme un élément perturbateur.

Nous l'avons vu, dans leurs débuts, les NP ont encore de nombreux apprentissages à réaliser et leurs pairs sont leur ressource prioritaire. Les relations interpersonnelles sont

essentielles à la transition dans toutes ses dimensions. Le partage d'informations et la demande d'aide sont très présents au quotidien, d'autant plus que le soutien s'organise essentiellement autour d'une logique « question-réponse ». Elles vont donc d'office devoir prendre le risque de révéler leurs failles et leurs manques. C'est au fil des expériences qu'elles accèdent au mode de fonctionnement en équipe et se constituent un sentiment de SPT ou pas. Cela dépend du type de réactions (accueillantes, tolérantes ou au contraire rejetantes, dénigrantes), et si ces dernières sont partagées par quelques personnes ou si elles sont communes, stables et prévisibles, participant alors d'une culture d'équipe. C'est aussi à travers l'observation des rapports interpersonnels entre les collègues qu'elles vont le percevoir. La SPT se révèle donc spécifique à chaque groupe travaillant en proximité, et n'est pas à confondre à une culture institutionnelle, même si celle-ci peut y contribuer.

Chez les NP, la menace perçue et/ou supposée est surtout bien visible à travers la faible demande de feedback de leur part alors que toutes signalent en avoir grand besoin. Elles précisent que cette évaluation spécifique leur permettrait à la fois de mesurer leur évolution, mais aussi d'orienter leurs futurs apprentissages. Cependant, elles ont besoin d'un peu de temps pour prendre la mesure du risque, donc de la sécurité psychologique dans leur équipe avant de pouvoir s'engager dans cette sollicitation. La menace est également perceptible dans leur peur de *soûler* leurs collègues avec leurs questions et les limitations à l'expression de leurs besoins pour préserver la relation et l'image qu'elles donnent d'elles-mêmes. Le point de vue sur soi des autres significatifs d'Higgins pèse ici de tout son poids. Finalement, quand les NP disent qu'elles évaluent la qualité de leurs compétences en regard de leur sentiment d'intégration, nous pouvons faire l'hypothèse qu'elles se réfèrent intuitivement à la SPT : leur acceptation dans l'équipe passe par la démonstration de leurs compétences professionnelles et, simultanément, leur sentiment d'intégration dans l'équipe est relié, en partie, à la réponse obtenue à leurs comportements d'apprentissage, donc à la légitimation par les pairs de ces besoins.

8.1.2 Confiance versus Sécurité psychologique au travail

La confiance n'est pas la sécurité psychologique au travail. Même s'il existe des liens, il est important de les différencier. Les deux notions renvoient au fait de se montrer vulnérable, par contre, elles ne se placent pas dans un même mouvement. La confiance est surtout *orientée vers* les autres, c'est le sujet qui leur accorde du crédit et le bénéfice du doute. Elle s'inscrit surtout dans une relation dyadique. Elle peut se définir comme « la volonté d'une partie d'être vulnérable aux actions d'une autre partie, s'appuyant sur l'espoir que les autres vont réaliser des actions particulièrement importantes pour soi-même sans se préoccuper du contrôle qu'on peut avoir sur cette partie » (Mayer, Davis et Schoorman, 1995 cités par Edmondson, 2004, p.242). Dans le même ordre d'idée, pour Jones et George (1998), la confiance s'appuie sur des attentes de comportements par certaines personnes, donc sur une prévisibilité de leurs réactions et sur une réciprocité qui permet d'affronter les incertitudes ou les risques associés à l'activité entreprise, sans crainte que l'autre ne profite de la vulnérabilité. Kramer (1999, cité par Edmondson, 2004, p. 243) met en évidence deux modèles de confiance : un, rationnel, logique, qui renvoie

à un calcul de la prise de risque de façon explicite : l'autre est plutôt relationnel et s'appuie sur des aspects affectifs et intuitifs qui orientent les choix de la personne. Nous retrouvons là toutes les questions des affinités dans les relations interpersonnelles.

La SPT est *orientée des autres vers l'individu* qui croit, voire est convaincu, que ses pairs vont lui accorder le bénéfice du doute et le droit à l'erreur, donc qu'il peut exister et être lui-même à l'intérieur de cette entité-là. Cette construction est liée à un vécu commun dans un même environnement, tous les membres subissant les mêmes influences objectives et expérimentant en simultanéité les événements. Cela concerne un groupe restreint, de 5 à 20 personnes. Au-delà, Edmondson signale que les variabilités interpersonnelles deviennent trop importantes pour parler de SPT. Les équipes de soins des NP, en milieu hospitalier et en home, ont une configuration de groupes restreints. Certaines équipes, si elles sont constituées de nombreuses personnes travaillant à temps partiel peuvent être plus grandes. Il n'empêche que le fonctionnement s'organise autour d'un noyau de personnes engagées à fort pourcentage, donc souvent présentes et agissant de concert. Les petits temps partiels peuvent modifier la dynamique d'équipe, mais il s'agit le plus souvent de nuances apportées à la dynamique habituelle.

La perception du risque est également différente entre la confiance et la SPT, cela surtout dans son estimation dans l'immédiateté. Dans la SPT, le risque est plus délimité, repérable (Edmondson, 2004). Par exemple, des conséquences perçues à court terme (paraître ridicule ou incompétente en posant une question) peuvent être à l'origine de conséquences à plus long terme sur un patient par l'application d'un traitement inapproprié. Si ce comportement n'est pas forcément rationnel, il n'en motive pas moins l'action. A l'inverse, quelqu'un qui a signalé une erreur et en a ensuite subi des conséquences risque par la suite de ne pas tenir compte des conséquences à long terme pour le patient, car les répercussions personnelles à court terme sont trop importantes. En ce qui concerne la confiance, le calcul des risques se fait sur un mode temporel plus large, prenant en compte un futur lointain, plus inscrit dans la relation dyadique. L'influence de l'environnement est beaucoup moins présente. Il y a toutefois des interactions directes entre la confiance et la sécurité psychologique au travail au même titre que dans la qualité des interactions.

8.1.3 Sécurité psychologique au travail et apprentissage en groupe

Nous l'avons déjà signalé, les recherches signalent que l'apprentissage en équipe est loin d'être une évidence, il est même rare. De fait, des conditions sont donc nécessaires à sa réalisation : il doit être structuré, orienté vers des buts clairs et atteignables auxquels l'équipe adhère. Les apprentissages réalisés doivent pouvoir être stockés et exploités afin de devenir des guides pour la pratique future (Edmondson, 2003, 2004). Nous sommes dans une démarche réflexive en équipe qui demande de l'énergie, du temps et de la volonté. Pour que les sujets s'engagent dans cette démarche, il faut qu'ils soient convaincus des bénéfices qu'ils peuvent en retirer.

Les équipes qui se sentent en sécurité psychologique au travail sont beaucoup plus capables d'innovation et d'implémentation, entre autres parce qu'elles vivent des échanges profitables qui permettent à chacun de s'engager, même indépendamment des

composantes hiérarchiques. La libération de la parole induite par la SPT permet de penser à des choses nouvelles, voire peu orthodoxes, sachant qu'il y aura une écoute. Cependant, la SPT ne correspond pas à un climat confortable (Edmondson, 2004). Au contraire, elle permet aussi de mettre en discussion un fonctionnement sécurisant, routinier, qui est souvent un obstacle important à l'apprentissage en commun. Elle offre un lieu d'échanges productifs qui permet de traiter préventivement les problèmes. De la même façon, elle ne correspond pas à une cohésion du groupe qui est aussi fréquemment un obstacle au changement. En effet, le désir de maintenir l'unité du groupe peut être une incitation au statu quo, le changement et les discussions pouvant générer des conflits. La SPT ne suffit cependant pas à l'apprentissage en groupe. Par contre, elle médiatise positivement la relation entre les buts d'apprentissage et les efforts nécessaires pour les atteindre.

Le rôle du leader est essentiel dans ce processus. Il lui appartient de gérer les tensions qui apparaissent entre les membres du groupe. C'est lui qui influence le climat de sécurité psychologique : l'équipe est très consciente de son rôle à travers son attitude et les réponses qu'il fournit face aux différents comportements et événements. Si le leader n'a que des compétences techniques en regard d'un domaine spécifique, il lui manquera la dimension interpersonnelle, ce qui est indispensable pour générer un climat de SPT. Il est nécessaire aussi qu'il soit accessible et personnellement impliqué dans le processus d'apprentissage en commun. La reconnaissance de sa faillibilité est un élément important. La demande de feedback de sa part est perçue comme une marque de respect par les membres de l'équipe (Edmondson, 2004). Par contre, il doit absolument assumer sa responsabilité et les dysfonctionnements doivent être traités, mais de manière explicite. La sécurité vient donc de la manière de traiter l'erreur qui ne doit pas générer un sentiment d'humiliation ou d'incompétence.

8.2 L'erreur humaine : des conceptions différentes

Si les erreurs représentent une menace majeure par rapport aux relations interpersonnelles dans le cadre du travail, la manière de les concevoir et leurs répercussions jouent aussi un rôle important sur les réactions des personnes impliquées. Pour étudier les erreurs signalées par les NP, nous allons nous appuyer sur la théorie de l'erreur humaine de James Reason à laquelle Edmondson se réfère également.

Historiquement, l'analyse de la compréhension des erreurs a suivi différents axes (Reason, 2000). Dans les années 1950, le questionnement portait essentiellement sur les aspects ergonomiques, dans la conception anglo-saxonne du terme, c'est-à-dire surtout en référence à l'environnement de travail et son adaptation de manière à limiter les risques au maximum. Par la suite, avec les apports de la psychologie cognitive, l'accent s'est orienté vers l'individu. Dans l'approche centrée sur l'individu, les causes des erreurs sont recherchées surtout dans des dysfonctionnements cognitifs et/ou affectifs, des défauts de motivation, des malfaçons dans l'exécution, etc. Dans cette conception, la responsabilité de l'erreur est mise sur l'individu. Selon Reason (1997, cité par Armitage, 2009, p.198),

« l'illusion du libre arbitre »¹⁹ renforce cela en plaçant l'individu dans une position où il agirait de son propre chef, sans limitations contextuelles. La réponse institutionnelle à l'erreur se manifeste alors sous la forme d'une sanction à l'individu coupable, un blâme par exemple, ce qui génère des environnements de travail où la peur est très présente. Comme l'une des conditions majeures pour la correction des erreurs est leur signalement, cette conception s'avère peu efficace, le travailleur ayant plutôt tendance à les camoufler afin de limiter les risques pour lui-même. Nous le voyons, cette interprétation de l'erreur humaine peut être intéressante pour une institution dans la mesure où elle la dédouane de toute responsabilité en cas de dysfonctionnement. Par contre, elle la fragilise en limitant à l'extrême la correction des erreurs, permettant entre autres la répétition des mêmes incidents reliés aux mêmes problèmes sous-jacents. Les accidents graves survenus ces dernières décennies (crash aérien, accident nucléaire, etc.) sont inexplicables et impossibles à prévenir si on se limite à ce niveau de lecture.

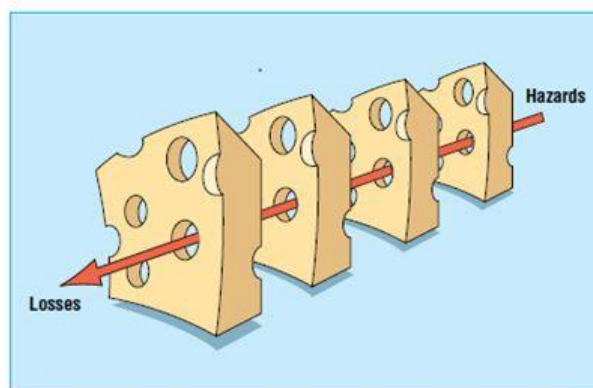
Partant de ce constat, depuis le milieu des années 80, c'est un axe sociologique, dirigé vers le système et son impact sur les individus qui y travaillent, qui s'est développé. Ce modèle systémique postule que l'humain est faillible et donc que l'erreur est inévitable, même dans les meilleures organisations. Elle est vue surtout comme une conséquence du fonctionnement systémique et n'est donc pas à rechercher dans les déficiences de la nature humaine. La réponse à l'erreur, puisque la nature humaine est ce qu'elle est, va plutôt chercher à comprendre les conditions dans lesquelles les personnes travaillent et mettre en place des défenses face aux fragilités du système. Le signalement des incidents critiques en est la condition sine qua non. Ce regard est toutefois aussi limité, car, si l'humain est faillible, il est aussi capable d'apprendre et de se développer et, parfois, les défaillances individuelles sont bien à l'origine de l'accident, indépendamment du système.

8.2.1 Le modèle de l'erreur humaine selon Reason

James Reason, psychologue cognitif, publie en 1990 l'ouvrage « Human Error ». Il fait se rejoindre dans sa théorie tant les facteurs psychologiques qu'organisationnels, l'individuel et le systémique, afin de comprendre les accidents majeurs. Il a fallu pour cela sortir d'une conception de causalité unique pour rechercher plutôt des chaînes de causalités qui fragilisent un contexte et génèrent un terrain propice à ce qu'une défaillance individuelle puisse survenir et causer des problèmes graves. Dans les environnements organisationnels complexes actuels, l'origine des erreurs est le plus souvent multifactorielle. Dans cette conception, l'erreur est perçue comme inévitable, inhérente à l'activité. L'objectif dans la gestion n'est pas qu'il n'y en ait aucune, mais bien plutôt d'apprendre de chacune d'elles afin de corriger les points de fragilité tant organisationnels qu'individuels afin de limiter leur survenue et/ou de pouvoir les intercepter avant qu'elles ne surviennent ou qu'elles ne prêtent à conséquence. Le système se veut donc résilient (Reason, 2000, 2004).

¹⁹ *A key rationale for blame is embedded in what Reason terms the "illusion of free will" (Reason 1997, p. 127).*

Pour expliquer cela, Reason a développé le modèle du *fromage suisse* :



The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory

Figure 5 Reason (2000, p.769)

Il part du principe que pour se prémunir des erreurs, une institution met en place des barrières, des défenses et des gardes à tous les échelons de l'activité, du niveau macrodécisionnel à la dernière ligne de sécurité qui concerne les personnes qui fournissent directement les prestations, les infirmières et autres soignantes de l'équipe dans cette recherche. Parmi ces défenses, nous trouvons entre autres les procédures et les contrôles administratifs. Malgré tout, comme aucun système n'est parfait, il existe des failles dans chacune des strates protectrices. Le plus souvent, d'une strate à l'autre, il y a possibilité d'intercepter le problème et d'éviter sa survenue. Parfois, malheureusement, rien ne freine les conditions permettant à l'accident de devenir effectif.

On trouve deux raisons à la survenue des « trous » dans les barrières défensives : des *défaillances actives* et/ou des *conditions latentes* (Reason, 1990/2013). Les conditions latentes font référence aux éléments pathogènes dans les barrières défensives (*resident pathogens*) qui sont le produit de décisions prises par les concepteurs de procédures, les managers et toutes les personnes à l'origine de l'élaboration du système. Elles sont induites par la méconnaissance relative de ces personnes de tous les scénarios possibles d'erreurs ainsi que des modes de fonctionnement locaux. Elles constituent donc des réponses qui ne sont que partiellement adaptées aux situations. Dans les conditions latentes, nous trouvons les questions en lien avec la charge de travail, la constitution des équipes (qualitative et quantitative), le matériel à disposition, etc. Elles se caractérisent d'abord par leur effet qui n'est pas immédiat, et qui peut n'apparaître que longtemps après la prise de décision. D'autre part, elles existent en dehors de tout incident, elles peuvent donc être dépistées et corrigées avant que des conséquences n'apparaissent, c'est donc là un enjeu majeur pour le management. A l'inverse, les défaillances actives sont reliées à des actions à risque ou dangereuses commises par des personnes en contact direct avec le patient ou le système. Cela renvoie directement à l'erreur humaine, dont la compréhension mérite d'être affinée.

8.2.2 L'erreur : définition et catégorisation

Pour Reason (1990/2013), le terme d'erreur, dans son sens générique, « couvre tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à ses fins désirées, et quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard » (p.33). Nous le voyons, si l'erreur se voit lors du résultat, sa cause peut se trouver de la conception de l'activité, aux moyens choisis pour sa réalisation, et à l'action elle-même. Il est donc utile de repérer le niveau de l'obstacle pour comprendre ces défaillances actives qui ont généralement un impact direct sur l'intégrité des défenses, et qui produisent des effets immédiats. Reason différencie les *erreurs d'exécution* et les *erreurs de planification*.

Les erreurs d'exécution sont des *ratés* et des *lapses* (défauts de mémoire). Le plan pour atteindre l'objectif peut être tout à fait adéquat, mais l'erreur survient au décours de sa réalisation. Ce sont des erreurs basées sur les automatismes (*skill based*). Il s'agit le plus souvent de situations routinières, non problématiques, dans lesquelles le sujet s'appuie surtout sur des automatismes, donc durant lesquels sa *concentration* est peu engagée, voire orientée vers autre chose. Dans ce type d'activité, il y a ponctuellement besoin de contrôle actif pour décider de la suite de la procédure. Un *changement* par rapport à l'habitude doit aussi être repéré pour réadapter l'activité. Le défaut d'attention peut conduire à manquer ce moment nécessaire. De la même manière, une attention soudainement excessive dans une mauvaise étape du processus peut conduire à une erreur. Il suffit pour cela de s'imaginer un chauffeur qui se met à réfléchir intensément à ce que font ses pieds sur les pédales et ses mains sur le levier de vitesse et le volant, et qui, en rompant ses automatismes à un mauvais moment, fait caler le moteur. Des *défaillances de surveillance* sont donc souvent à l'origine de ces erreurs. Elles sont plus le fait de personnes expérimentées.

Les erreurs de planification sont désignées par Reason sous le terme de *fautes*. Dans cette acception, la faute ne doit pas être comprise en termes de responsabilité juridique comme une faute professionnelle. Les fautes se réfèrent à des *défaillances dans la résolution de problème*. A l'inverse des ratés/lapses, le sujet est concentré sur son activité, il se heurte à un problème et tente de le résoudre. Il perçoit qu'il va y avoir un changement, sans savoir quand ni comment il se produira. Il va dans un premier temps s'appuyer sur son expérience pour trouver dans ses souvenirs des situations similaires qu'il a réussi à résoudre et mobiliser les règles qu'il a stockées les concernant. Dans cette analyse, il peut se tromper dans son choix de références, ce qui est à l'origine d'*erreurs basées sur les règles (rule-based)*.

Quand le sujet est face à une situation nouvelle, qu'il n'a pas pu anticiper le changement ou s'y préparer, il ne peut s'appuyer sur une expérience passée. Pour planifier l'activité, il devra donc s'engager dans un processus conscient de résolution de problème, sollicitant ses connaissances afin d'élaborer une stratégie nouvelle. Les défaillances à ce niveau seront liées à une rationalité limitée et à des connaissances pertinentes incomplètes ou incorrectes. Il s'agit donc d'*erreurs basées sur les connaissances déclaratives*

(*knowledge-based*). Pour se sortir de la situation, une aide extérieure sera souvent nécessaire.

Ratés/lapsus et erreurs basées sur les règles sont celles qui ont le plus de probabilité de survenir, par contre, ce sont aussi celles pour lesquelles le sujet a le plus de ressources pour réagir. Les ratés/lapsus sont facilement repérables par le travailleur, ce qui est moins le cas pour les erreurs de planification. Les erreurs basées sur les connaissances déclaratives sont les moins fréquentes, par contre comme elles surviennent dans un contexte mouvant, avec peu voire pas d'appui expérientiel, leur gravité peut être beaucoup plus importante, leur repérage et leur interception s'avérant très difficiles. En regard de ces trois types d'erreurs, nous comprenons que l'expérience du sujet, le type d'activité et l'environnement sont des facteurs essentiels dans leur survenue et leur compréhension. Les conditions latentes vont, à un moment donné, générer un terrain propice à l'expression de la défaillance individuelle.

Les institutions hospitalières sont des systèmes particulièrement complexes, donc à haut risque d'erreurs (Edmondson, 1996; Reason, 2004). Les activités et le matériel sont multiples et diversifiés. Les situations d'urgences y sont fréquentes, d'autres ont un important degré d'incertitude et les patients sont vulnérables. Et, surtout, les soins sont délivrés de personne à personne alors que dans les autres types d'entreprise seuls quelques individus représentent cette dernière ligne de défense et apportent leur service directement aux usagers. De plus, de nombreux soins sont totalement du ressort des compétences individuelles (techniques, relationnelles, etc.) du travailleur, avec peu de modération des risques par des processus automatisés.

Partant de ce constat, il est donc intéressant d'analyser les expériences d'erreurs commises par les NP, peu expérimentées, nouvelles dans une équipe depuis plus ou moins longtemps, avec un sentiment de sécurité psychologique au travail plus ou moins présent. Quelle influence l'erreur et ses conséquences a-t-elle eu sur leur dynamique identitaire ?

8.3 Types d'erreurs commises par les NP et conditions de survenue

Toutes les NP disaient faire beaucoup d'erreurs à leur début. En fait, il s'agissait de points d'achoppement, d'apprentissages à développer encore. C'étaient, par exemple, des rapports oraux imprécis et mal structurés, des transmissions écrites partielles, etc. Des défauts de planification par manque d'expérience étaient également souvent mis en lumière, un manque de logique dans l'organisation qui générait des retards, etc. Les obstacles étaient liés principalement à la structuration de l'activité ainsi qu'à la vision parfois parcellaire des situations des patients. Les NP ne se sentaient pas menacées par ces difficultés, mais plutôt frustrées. Ces erreurs étaient fréquemment interceptées et corrigées par elles-mêmes, ou par leurs collègues dans le cadre de l'accompagnement des débuts ou lors de la reprise des patients à l'horaire suivant.

Les erreurs sur lesquelles nous allons nous centrer sont celles qui ont fait événement pour les NP, soit par le danger qu'elles y ont vu pour le patient et/ou pour elles-mêmes, soit par la remise en question qu'elles ont générée au niveau personnel et/ou professionnel

ainsi que sur leur dynamique identitaire. Nous l'avons vu, dans leurs débuts, les NP ressentent une peur diffuse de se tromper, de nuire au patient jusqu'à le tuer. Les erreurs dont nous allons parler les ont fait passer de l'imaginaire à la réalité, prenant conscience du décalage qu'il existait entre ce qu'elles avaient anticipé et ce qui s'était finalement passé pour le patient, l'équipe, les médecins et elles-mêmes. Dans tous les cas, cette expérience a été teintée de peur, de honte, de doute, de colère, voire de sidération parfois.

Les *erreurs médicamenteuses* étaient celles qui ont été signalées le plus souvent. Elles concernent Roxanne, Sabina, Elisa et Judith. Ces erreurs, fréquentes dans la profession, sont souvent minimisées. Chez les NP, seule Sabina l'a fait, mais nous le verrons plus tard, ceci s'inscrivait dans un contexte particulier. Pour les autres, se tromper n'a pas été considéré comme un événement mineur. Certaines *erreurs étaient liées à la réalisation de soins techniques*. Il pouvait s'agir de non-respect des critères de qualité (Cléa), d'une maîtrise limitée du geste (Roxanne) ou alors d'un acte technique réalisé alors qu'il n'est pas du ressort de l'infirmière (Cléa). Finalement, les autres erreurs étaient uniques, commises par l'une ou l'autre. Aucune erreur n'a été mortelle malgré leur crainte, il n'en reste pas moins que certaines furent graves. C'est pour Sabina que les erreurs furent les plus lourdes de conséquences, la conduisant à changer de poste. Nous allons donc en nous appuyant sur Reason et Edmondson analyser les erreurs, leurs conditions de survenue (conditions latentes, types d'erreur, lien avec la SPT avant, pendant et après). Nous verrons de quelle manière les NP y ont réagi, comment l'équipe s'est positionnée face à elles et les impacts que tout cela eut sur leur dynamique identitaire.

8.3.1 Les erreurs médicamenteuses

Les erreurs dans la distribution de médicaments sont celles qui ont été signalées le plus fréquemment. Il s'agissait soit d'un faux médicament, soit du bon médicament mais pas au bon dosage. Edmondson (1996) a analysé ce type d'erreurs en observant l'impact de l'équipe de travail et du fonctionnement organisationnel sur le processus de distribution des médicaments. Entre la prescription et la prise du médicament par le patient, il y a plusieurs étapes, impliquant différents partenaires, ce qui en fait une activité collective selon Bates, Leaape, and Petrycki, (1993, cités par Edmondson, 1996, p.7). En enlevant deux qui ne correspondent pas au fonctionnement des services dans lesquels les NP travaillaient, nous trouvons : la prescription qui est faite par le médecin (1), qui la transmet à l'infirmière de l'unité (2). Celle-ci la vérifie et la retranscrit (3). Elle vérifie si elle possède le médicament en pharmacie, sinon passe commande au pharmacien (4). Ce dernier recherche le produit (5), le renvoie à l'infirmière (6) qui le donne au patient (7), qui lui-même le prend (8). Donc dans ce processus, il y a des possibilités d'erreurs à huit niveaux par, au moins, 3 professionnels et un patient.

Routine et relâchement

Des médicaments erronés ont été distribués par Judith et Sabina. Lors d'une tournée du soir, Judith a posé la mauvaise perfusion d'antalgique à un patient :

Et là, j'ai posé un antidouleur chez un monsieur, c'était une Novalgine®. Tout d'un coup, en continuant la tournée, on devait poser une Novalgine® chez quelqu'un, y en avait plus, y avait plus qu'un Paracétamol® et c'est là qu'on s'est rendu compte, enfin c'est ma collègue qu'a vu que j'avais posé la Novalgine® chez le monsieur qui devait recevoir en fait le Paracétamol®. Alors ça c'est vrai, quand elle m'a dit, en plus c'était la fin d'un douze heures, personnellement je me suis mise à pleurer, j'en pouvais plus. (Judith, E1, p.125)

D'emblée plusieurs éléments sur les conditions de survenue de l'erreur apparaissent. C'était la fin d'un horaire de 12 heures. La fatigue était donc forte, la vigilance probablement amoindrie par cette journée de travail. Judith se trouvait vers la fin du 3^{ème} mois de travail, dans une période de surcharge constante, générant un état de fatigue physique, psychique et émotionnelle intense et de longue durée. Cette distribution des médicaments était réalisée dans le cadre d'une tournée, où deux infirmières s'occupaient ensemble de tout le service ou d'une moitié, sans patients attribués spécifiquement à l'une ou l'autre. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce fonctionnement augmente le risque d'erreurs par une connaissance partielle des patients et une forme de déresponsabilisation induite par un travail à la chaîne. Dernier élément à prendre en compte : il semble y avoir un fonctionnement routinier avec une moindre concentration. En effet, dans ce service, il existait un standard dans la prescription des antalgiques : Novalgine® et Dafalgan® donnés en quinconce. En observant l'erreur, nous pouvons imaginer que l'équipe infirmière avait probablement l'habitude de répartir les médicaments selon une même rythmicité, le même produit au même moment, puisque tous les patients sous antalgie sauf un recevaient la Novalgine® à la même heure. Après près de trois mois dans l'unité, en fin de journée, dans une activité paraissant simple, il est probable que Judith a fonctionné par automatisme. Dans ces débuts où quasiment tout est nouveau et demande une concentration intense, la tâche était facile en apparence d'où le relâchement.

Nous trouvons à peu près le même mécanisme chez Sabina :

Le soir, c'est un peu plus routinier, y a pas les soins vraiment individuels. Alors tout le monde a en réserve un Temesta® 1 mg pour dormir. Et j'ai pas contrôlé chez ce patient, donc je lui ai donné un Temesta® au lieu d'un Stilnox®. J'étais pas assez attentive ou assez prudente dans la distribution des médicaments... Je crois que vraiment y a une perte de rigueur de ma part, mais je sais pas vraiment à quoi c'était dû parce que c'était aussi un relâchement, enfin je peux faire des soirs, maintenant c'est bon. (Sabina, E3, p.206)

Sabina avait eu des débuts difficiles, où elle avait commis des erreurs que nous verrons ultérieurement. Sa responsable avait décidé qu'elle ne travaillerait plus en soirée tant qu'elle n'aurait pas acquis plus de sécurité. Cette erreur dans la distribution des médicaments est survenue le premier soir après qu'elle a été autorisée à reprendre cet horaire. Nous retrouvons le phénomène de routinisation face à une prescription très fréquente. Il est à relever que toutes les deux ont fourni un médicament correspondant à la bonne indication, ce qui montre une attention partielle dans l'activité. Parallèlement, Sabina avait vécu sous haute tension les semaines qui précédaient, donc le feu vert qui lui

était donné était une sorte de libération, d'où le relâchement. Néanmoins, son comportement était aussi paradoxal : de fait, on aurait pu attendre de sa part qu'elle porte une attention de tous les instants à tout ce qu'elle faisait, afin de (se) prouver qu'elle était une NP compétente. On aurait aussi pu penser qu'elle soit traumatisée par une nouvelle erreur mais sa « légèreté », son « *c'est bon* » par rapport à cet événement qui aurait pu entraîner des conséquences pour le patient et pour elle était questionnant. Après plusieurs erreurs qui avaient induit le doute chez sa responsable, Sabina avait passé une étape qui lui permettait de poursuivre là où avait eu lieu le premier stop. Il n'empêche qu'elle avait encore à progresser et à confirmer la légitimité de la confiance accordée. Son erreur si tôt dans ce contexte allait forcément prendre des dimensions importantes.

Changement d'organisation : conditions latentes à haut risque

Roxanne, quant à elle, a donné le bon somnifère à une patiente, mais un comprimé entier au lieu d'un demi. Cet accident est survenu vers la fin de sa première année de travail durant une veille où elle était seule. En analysant le contexte, il est apparu qu'à ce moment-là, l'institution implémentait le « dossier patient informatisé ». Tous les ordres médicaux devaient y être inscrits. En attendant que les services soient complètement équipés en ordinateurs, que tout le personnel soit formé, il y a eu un temps de fonctionnement avec un double support en parallèle : l'ordinateur et le dossier papier. Le système informatique était lent et, à ce moment-là, il s'agissait d'ordinateurs de table, donc centralisés dans le bureau (à l'heure actuelle, il y a des PC portables et/ou des tablettes). De ce fait, Roxanne a vérifié la prescription pour sa patiente dans la carte de soins où il était noté un comprimé. Quand, à la fin de sa tournée, elle a voulu relever ce qu'elle avait fait dans l'ordinateur, elle a constaté que la prescription était en fait d'un demi-comprimé : elle s'était donc trompée. Par la suite, la patiente lui signala qu'elle avait constaté que ce n'était pas son demi-comprimé habituel, mais qu'après plusieurs mauvaises nuits, elle espérait qu'avec un plus grand dosage elle pourrait enfin passer une bonne nuit, ce qui fut le cas pour elle au contraire de Roxanne qui fut très angoissée.

Nous pouvons constater qu'il n'y a eu aucune légèreté chez Roxanne : elle a vérifié l'ordre avant de donner la médication, et elle a ensuite rapidement retranscrit ce qu'elle a fait. Son erreur a été de ne pas choisir le « bon » support de vérification, mais le choix institutionnel de faire fonctionner en parallèle deux systèmes créait des conditions latentes qui ont une forte probabilité de ne pas rester latentes durant longtemps. Avec la double transcription de l'ordre, il y a un ajout d'une neuvième étape à risque dans le processus de distribution, voire d'une dixième par la nécessité de vérifier à deux places avant de donner. En plus, l'erreur aurait pu être interceptée par la patiente qui a délibérément choisi de prendre un médicament plus fort sans le signaler. Si Roxanne s'est sentie responsable et l'unique responsable, la multicausalité de toute erreur est bien visible dans cet événement.

Communication inadéquate et erreur

Roxanne avait vécu précédemment une autre erreur au niveau des médicaments. Le médecin-assistant avait transmis une nouvelle prescription oralement à l'aide-soignante,

afin que cette dernière le rapporte à Roxanne. Quelques jours plus tard, le médecin-assistant a constaté que le patient ne recevait que la moitié de la dose et il en a fait le reproche à l'équipe. Roxanne s'est sentie dans un premier temps responsable :

Je me sentais quand même pas très bien, je me suis dit c'est quand même ma faute, je veux dire j'aurais pu lui demander [à l'aide-soignante] : « t'es sûre ? », rappeler le médecin, mais elle avait l'air en même temps assez sûre d'elle, assez convaincue, donc j'ai pas cherché plus loin. (Roxanne, E4, p.174)

La culpabilité de Roxanne a cependant rapidement été limitée. Son ICUS était présent au moment où le médecin s'est plaint. Il lui a immédiatement retourné la responsabilité de l'erreur :

Le chef, il a dit : « écoute, là y a pas de remise en question, c'est toi qui dois te remettre en question, si t'es pas capable de soit noter, soit dire à une infirmière, tant pis pour ta pomme. » (Ibid.)

Nous retrouvons ici les problèmes de communication dans la chaîne du processus de médication. L'assistant a agi de manière contraire à la procédure habituelle : les ordres médicaux doivent être écrits, datés et signés, et seules les infirmières diplômées sont habilitées à les traiter et à les appliquer. Là, l'ordre est donné par oral, donc « flottant », sans possibilité de vérification. De plus, il est transmis à une personne qui n'est légitimée ni par sa formation, ni par son cahier des charges à traiter de cette tâche, même si elle est présente depuis longtemps dans le service. L'aide-soignante, de son côté, a accepté de prendre cette responsabilité et s'est trompée dans la transmission. L'erreur de Roxanne qui a inscrit un ordre erroné est la conséquence directe des erreurs précédentes. Certes, elle aurait dû remonter à la source de l'ordre et exiger une prescription écrite, mais la sécurité de l'aide-soignante, ainsi que de bonnes relations interpersonnelles avec elle l'ont conduite à faire confiance. La réponse tranchée de son ICUS qui la défend a empêché que cet incident prenne de l'ampleur pour Roxanne, d'autant plus qu'elle travaillait depuis peu dans ce second poste, en médecine.

8.3.2 Ratés/lapsus et défaut de planification dans les gestes techniques

Prise en « flagrant délit »

Plusieurs erreurs ont été relevées au niveau des gestes techniques. Si elles n'ont pas eu de conséquences sur les patients, ce sont celles qui ont été perçues les plus menaçantes pour l'identité professionnelle des NP, car elles ont été ressenties comme la manifestation de défaut de compétence. Nous retrouvons là une des peurs majeures pour la SPT. Cléa, Roxanne et Sabina ont été concernées.

Cléa signala deux erreurs : l'une concernait un oubli dans l'exécution du geste, l'autre la réalisation d'un soin hors de sa compétence. Le premier événement est survenu au moment où une infirmière a signalé à Cléa qu'elle avait omis de mettre un masque pour la réfection d'un pansement sur un cathéter veineux central. Avant d'aller faire ce geste qu'elle avait déjà pratiqué, Cléa a demandé à une collègue comment il se faisait dans ce

service, s'il y avait des précautions particulières auxquelles elle devait être attentive. Elle se sentait confiante, la technique n'était pas compliquée. Elle n'a pas pris la peine de lire les fiches techniques officielles de l'institution. D'elle-même, elle ne s'est absolument pas rendu compte qu'elle avait fait une erreur. C'est sa collègue, infirmière modèle selon Cléa, qui l'a remarqué en passant dans la chambre au moment du soin, et qui le lui a signalé ultérieurement dans le couloir :

J'avais l'impression d'être prise en flagrant délit, d'être en fraude totale et elle me l'a pas dit méchamment, c'était vraiment bien pour me faire comprendre que c'était pas grave, juste pour mon apprentissage à moi... Et je me suis pas fâchée, rien, mais à l'intérieur de moi c'était craquelé. (Cléa, E3, p.168)

Dans cet oubli du port du masque se retrouve un fonctionnement routinier : le geste est connu, techniquement simple, il ne demande donc pas une concentration importante. Par contre, le risque infectieux est réel et peut être sévère puisque le cathéter est inséré dans une grande veine proche du cœur. Le port du masque est une précaution pour éviter de postillonner sur le point d'insertion en parlant par exemple. Si son utilité ne se discute pas, il n'est pas très confortable, donc nombre de soignantes ne le porte pas systématiquement. De ce fait, mettre le masque ne fait pas partie des automatismes chez certaines : il s'agit donc typiquement de l'étape qui doit être contrôlée dans ce processus qui ne demande qu'une attention relative.

Il y a également une faute dans la planification. Cléa a questionné sa collègue sur les spécificités du service pour ce soin. Cette question ne porte que sur certains points-clé, par exemple comment fermer le pansement : avec des compresses et du scotch ? un pansement transparent ? etc. Nous pouvons postuler que la question du masque n'allait en aucun cas être mise spontanément sur le tapis. Seul le recours à la fiche technique aurait donné accès à l'intégralité de la démarche. Mais pour Cléa qui se sentait à l'aise avec le geste et tenait tant à ne pas ressembler à une stagiaire, il est probable qu'elle a fonctionné de manière économique et peu formalisée, « comme une diplômée ». Elle était alors dans les premiers mois de travail.

Elle ne s'est pas rendu compte par elle-même également de l'autre erreur commise. C'est à la réaction des veilleuses quand elle leur a transmis au rapport qu'elle avait retiré un drain thoracique qu'elle a compris qu'elle avait réalisé un acte qui n'était pas de son ressort ce qui était grave et, qu'en plus, celui-ci aurait pu avoir des conséquences sévères. Après huit mois de travail, Cléa travaillait durant une soirée. Ce jour-là, une dame avait été hospitalisée après la pose d'un drain thoracique aux urgences. Quand Cléa a contrôlé ce dernier, il n'était plus fonctionnel et en plus douloureux pour la patiente, elle a donc téléphoné au médecin de garde :

Il me dit : « ah de toute façon, pour cet Atrium [système de drainage] si elle a mal, écoute, faut lui enlever. » Et là, moi j'étais seule pour la soirée avec la fameuse ASSC qui me casse un peu les pieds tout le temps, et il me dit : « faut l'enlever cet Atrium. » Et je dis : « mais attends, t'es sûr, t'es sûr que j'ai le droit de faire ça ? » Il me dit : « c'est bon, pas de problème, tu lui donnes encore un Dafalgan® et

t'enlèves ce drain. » Et je dis : « tu veux que je clampes avant ? », parce que moi j'ai pensé comme un drain. « Non, t'as même pas besoin mais bon tu fais comme tu veux. » Et je dis : « mais t'es sûr ? » « Oui c'est bon, enlève-moi ce machin. » (Cléa, E5, p.79)

Dès que le médecin lui a dit qu'elle pouvait l'enlever, les interrogations de Cléa se sont portées sur le geste lui-même et pas sur ses implications. Comme pour la première erreur, elle ne s'est pas référée à la fiche technique qui aurait mis en évidence que le retrait d'un drain thoracique est un acte médical. Ces connaissances déclaratives avaient été apprises à l'école, mais visiblement elles étaient partiellement intégrées : l'analyse du système de drainage était correcte, son dysfonctionnement a été repéré, ainsi que la transmission rapide au médecin-assistant était pertinente. Il manquait ce qui correspondait au retrait du drain : le risque pour la patiente de présenter un pneumothorax et, donc, la nécessité qu'une surveillance serrée et une radiographie du thorax soit réalisée dans l'enchaînement du geste. Par ce retrait, Cléa commet une erreur basée sur les règles : elle n'a jamais réalisé ce soin, par contre elle a retiré d'autres sortes de drainage, entre autres durant son stage final en chirurgie. Elle s'appuie sur ces règles connues pour déterminer comment elle va devoir procéder, d'où les questions qu'elle pose au médecin. Son erreur est aussi basée sur les connaissances déclaratives partielles : sa planification ne prend pas en compte l'intégralité de l'activité. En plus, elle agit à partir d'un ordre médical oral, il n'y a donc pas de trace, elle n'est pas protégée.

Même si elle est réellement en tort et porte une responsabilité importante, nous pouvons voir dans cet exemple comment les conditions latentes permettent à l'incident de survenir. Cela se passe le soir : le travail se fait en effectif réduit, en l'occurrence une infirmière et une ASSC pour le service. Comme la surveillance du drain thoracique n'est pas du ressort de l'ASSC et que Cléa a peu de doute sur sa capacité à pouvoir assumer la situation, elle ne va pas interroger l'infirmière présente dans le service d'à côté. Le médecin-assistant est de garde pour l'institution, entre les services de médecine et les urgences : il est lui aussi soumis à une charge de travail importante, le tout se déroulant dans un espace important (plusieurs étages, différents bâtiments de l'institution, etc.). Il est médecin-assistant, donc plus ou moins débutant. Il pose un ordre par téléphone alors qu'il sait que ce geste n'est pas infirmier, il le reconnaîtra par la suite. Néanmoins, il n'est pas exclu qu'il ait lui-même mal interprété la situation et les risques encourus par la patiente et l'infirmière. La surcharge peut conduire à hiérarchiser les activités et il peut avoir commis une erreur à ce niveau-là. Cléa, *a posteriori*, y a également perçu une certaine malveillance. Nous nous trouvons à nouveau face à un problème de communication.

Se piquer : les risques du métier

Roxanne a vécu un événement qui l'a stressée de façon majeure, lui permettant de prendre la mesure des risques du métier pour elle-même. Alors qu'elle devait poser un Venflon, elle a décidé d'essayer une nouvelle technique qu'elle avait vue réalisée par certaines infirmières : il fallait appuyer sur la veine au-dessus du cathéter, retirer l'aiguille puis connecter la tubulure de la perfusion. Ainsi, il n'y avait pas de saignement pendant le court laps de temps où le cathéter était ouvert. Ce geste représentait un défi pour Roxanne,

elle trouvait la technique à la fois utile (car propre) et élégante. Malheureusement, quand elle a retiré son aiguille, concentrée sur la partie nouvelle du geste, elle n'a pas jeté immédiatement l'aiguille et s'est piquée, transperçant le gant. Immédiatement :

Ç'a été juste l'angoisse, je veux dire j'ai paniqué, je suis sortie de là, j'avais presque les larmes aux yeux, j'ai dit : « je me suis piquée, je me suis piquée. » Ils m'ont dit : « t'as fait couler le sang ? » J'ai dit : « oui, j'ai rincé avec l'eau froide, j'ai lavé les mains, j'ai désinfecté », enfin bref... (Roxanne, E4, p.176)

Si elle avait su ce qu'il fallait faire, c'est parce que, quelque temps auparavant, une autre collègue s'était piquée et Roxanne lui avait demandé ce qu'elle avait entrepris à ce moment-là. A l'angoisse première de s'être piquée se sont ajoutés immédiatement des doutes quant au patient et ce qu'il avait pu lui transmettre :

Pour moi, le patient il était à risque parce que, c'est peut-être une représentation qu'est pas juste ou qu'est mauvaise, mais c'est un peu un cliché que les OH [alcooliques], pour moi, ils peuvent avoir une vie un peu particulière et pas forcément très saine. Donc, je me suis dit je sais pas où il a été, je sais pas qu'est-ce qu'il a fait, pour moi il était à risque. (Ibid.)

Dans sa tête, c'était surtout la crainte du SIDA qui était très présente, mais aussi de l'hépatite B. L'erreur de Roxanne est induite par une attention soutenue sur un aspect du geste qui rompt les automatismes habituels (jeter immédiatement l'aiguille). Nous ne sommes pas dans une situation de routine pour elle, néanmoins la majeure partie du geste est maîtrisée. Elle se positionne dans une quête d'amélioration de la technique. Ce focus excessif sur une composante du geste détourne l'attention d'une autre dimension importante, ce qui conduit au fait que Roxanne se pique. Il est à relever qu'elle se pique à travers le gant : elle a donc respecté les précautions d'usage. Elle a réussi à poser la perfusion, donc du point de vue du patient l'objectif était atteint. Nous sommes là face à des stratégies de perfectionnement qui tournent court et qui pourraient nuire à celle qui les réalise. Heureusement, 24 heures plus tard, Roxanne apprit qu'elle ne risquait pas d'être contaminée.

Des oublis et des ratés lourds de conséquence

Pour Sabina, une erreur qu'elle n'avait même pas remarquée a pris la forme d'un cataclysme. Dans son service, les nouvelles ne faisaient pas de soirée avant 6 semaines car l'effectif y était réduit. Comme ses débuts étaient un peu chaotiques en raison de ses difficultés d'organisation et de sa méconnaissance de la chirurgie digestive, ce délai a été repoussé. Quand elle a enfin pu faire ses deux premières soirées, elle en a été ravie, ayant l'impression d'avoir passé un palier. Elle est partie en congé après les soirées, satisfaite. A son retour, elle a été convoquée chez l'ICUS qui lui a expliqué que la veilleuse, l'ICUS-adjointe en l'occurrence, l'avait informée d'erreurs sérieuses que Sabina avait commises et que, de ce fait, elle ne pouvait plus la laisser faire des soirées pour l'instant. Sabina ne comprenait pas véritablement l'ampleur de l'erreur commise. En effet, elle avait contrôlé la diurèse d'une patiente fraîchement opérée, mais elle avait oublié de noter la quantité d'urines jetées :

Et après, la veilleuse, elle était embêtée, elle savait pas qu'est-ce qui s'est passé, est-ce qu'elle a pas éliminé assez d'urine. Elle a dû contacter le médecin de la nuit. Oui, c'était toute une histoire, ils lui ont donné du Lasix® [diurétique] même si elle aurait pas eu besoin, et c'était parce que j'avais oublié. (Sabina, E2, p.202)

Depuis ses débuts, Sabina avouait manquer de connaissances, avoir de la difficulté à faire des liens théorie-pratique et à s'organiser en posant clairement des priorités. Son inexpérience ne lui permettait pas de s'appuyer sur des règles connues et testées, et ses connaissances déclaratives étaient également déficitaires. L'oubli de retranscription d'une diurèse est assez fréquent et heureusement souvent de moindre importance. Par contre, en postopératoire, dans la situation de cette dame, ce contrôle était majeur, s'inscrivant dans une surveillance multisystémique. Il est probable que ceci n'a pas été perçu dans toute son acuité par Sabina, d'où son incompréhension face à l'ampleur de la réaction.

La difficulté de priorisation était probablement induite par le contexte spécifique de cette soirée, nouveau pour elle. Elles étaient trois à travailler, ce qui signifiait que chacune s'occupait de huit patients : Sabina n'avait jamais eu l'occasion de s'occuper d'un aussi grand nombre de patients simultanément. La charge globale de travail était conséquente, elle s'est retrouvée seule la plupart du temps, ses collègues étant peu disponibles. Des conditions latentes étaient donc bien présentes qui ont aussi induit un autre reproche qui lui a été fait : une patiente s'est plainte d'elle car elle n'a pas été entendue :

Ce soir-là tout le monde a commencé à vomir et j'ai dû courir dans tous les coins (rire). Et y avait une patiente qui parlait un dialecte un peu spécial, y avait beaucoup de bruit autour, y avait beaucoup de monde qui tournait pour un peu courir à l'aide aussi, et elle m'a posé une question que j'avais pas bien compris alors je lui ai demandé de répéter, elle a répété, j'ai toujours pas compris. Et après, j'ai fait autre chose et j'ai pratiquement ignoré la question de cette patiente. (Ibid.)

A ce moment-là, ce qui guidait l'organisation de Sabina, c'était de répondre aux demandes de deux messieurs qui sonnaient beaucoup : elle réagissait aux sollicitations sans véritablement prioriser les soins. Elle s'est ainsi retrouvée débordée et est passée « à côté » de la dame.

Nous le voyons, dans les différentes erreurs décrites nous retrouvons, comme le décrit Reason, à chaque fois des conditions latentes qui ont créé un terrain propice à la survenue d'erreurs individuelles. Dans les moments où le soutien était moindre soit par manque d'effectif ou en raison des modes organisationnels, les limites de l'expérience des NP ont été plus manifestes, entre autres parce que la validation par l'experte n'était pas possible. La fatigue, le vécu émotionnel des débuts étaient également des éléments fragilisants, d'autant plus quand ils étaient associés à une surcharge de travail : des moments de déconcentration dans des activités apparemment plus simples en étaient la conséquence. Si les erreurs ont bel et bien été commises par les NP, nous nous plaçons le plus souvent dans une causalité multisystémique. Donc, connaissant les erreurs et les conditions de leur survenue, voyons maintenant comment les NP y ont répondu et réagi.

8.4 Réactions des NP face aux erreurs

Ces différentes erreurs ont fait événement pour les NP, elles ont donc été accompagnées d'une charge émotionnelle intense. Par rapport à leurs erreurs, il y a une question que les NP, à part Roxanne, n'ont pas eue à se poser : faut-il le dire ou le cacher ? En effet, soit l'erreur était survenue en présence de collègues, soit ce sont les autres significatifs qui l'ont découverte. En ce sens, le niveau de SPT pour oser signaler l'erreur n'est que peu intervenu, alors que lorsque l'information devait être transmise plus loin, à d'autres membres de l'équipe, la question se posait. Les sentiments qui ont dominé dans ces expériences étaient la peur, l'angoisse, la culpabilité et la honte, ceci tant en regard d'elles-mêmes que des enjeux sur les relations interpersonnelles et leur projet de carrière.

8.4.1 Peur... de quoi ? pour qui ?

Celle qui a ressenti la peur au niveau le plus aigu a été Roxanne, tant pour l'erreur médicamenteuse que pour le moment où elle s'est piquée. La peur pour elle-même a été très présente dans les deux événements, ainsi que celle d'avoir nui à la patiente. Quand elle a compris qu'elle s'était trompée et avait donné un somnifère au double de sa dose, l'angoisse est montée instantanément. Il n'était pas question pour elle de se taire : elle a donc appelé le médecin de garde et expliqué son erreur. Cette dernière a temporisé : c'était un traitement habituel, donc le risque qu'il y ait des complications était faible. Il fallait juste « avoir la dame à l'œil ». Cela ne suffisait pas à rassurer Roxanne qui allait tout le temps la voir, essayait de la réveiller sans succès. Elle a donc rappelé le médecin de garde qui est venu dans le service. Quand la dame a enfin ouvert les yeux :

Elle me regarde et elle me dit : « en tout cas je voudrais vous remercier mais j'ai jamais autant bien dormi de ma vie. » Moi j'ai dit : « moi, j'ai eu vraiment peur, je vous ai donné un trop grand médicament. » Et elle me dit : « ah la pastille bleue, c'est vrai qu'à la maison je prends qu'une demie. » Et je dis : « mais vous auriez dû me dire. » « Moi je me suis dit peut-être une fois je vais vraiment bien dormir ». Et moi, j'étais vraiment mal par rapport à mon erreur parce que je me suis dit, j'aurais dû vérifier aux deux endroits. (Roxanne, E6, p.175)

Nous constatons que le médecin-assistant a bien repéré l'angoisse générée par l'erreur : elle ne condamne pas, tente de nuancer l'incidence probable de l'erreur en fournissant une argumentation crédible que Roxanne entend mais ne parvient pas à croire. Elle valide aussi le ressenti de Roxanne une deuxième fois en venant dans le service et en restant avec elle pour surveiller la dame. Nous pouvons bien évidemment faire l'hypothèse qu'il ne devait pas y avoir beaucoup de travail, néanmoins elle offre un soutien très significatif par sa présence. La dame, à son réveil, va encore changer la perspective de l'incident : ses remerciements entrent en complète contradiction avec le ressenti plein de culpabilité de Roxanne. Même si la patiente dit clairement qu'elle a fait un choix puisqu'elle avait vu l'erreur et décidé de prendre quand même le somnifère, Roxanne semble porter seule l'entière responsabilité de ce qui s'est passé. Elle est convaincue que cette dame, qui avait une bonne qualité de vie habituelle, avait risqué de mourir par sa faute. Cela pourrait sembler disproportionné, sauf si on le met en perspective avec sa propre histoire :

Là, sur le coup, oui ça m'est revenu, je me suis dit : « elle va mourir et on va me reprendre mon diplôme, là c'est sûr. » Là, vraiment ça m'est venu comme un flash, j'ai dit cette fois ça y est, j'ai même pas travaillé une année (rire). (Ibid.)

Cette angoisse remontait à ses préstages où une infirmière avait injecté une dose mortelle de potassium à une patiente. Si elle n'avait pas perdu son diplôme, cette infirmière avait été renvoyée et n'avait plus retrouvé de travail. Roxanne se voyait vivre la même situation. Malgré la résolution favorable de cette erreur, le poids de cette expérience passée restait prépondérant et a coloré tous les accroc, grands et petits, vécus durant cette première année. Le silence sur l'erreur semblait inconcevable pour Roxanne qui le signala instantanément à la dame. Malgré sa peur de perdre sa place, sa responsabilité professionnelle domina et nous pourrions faire l'hypothèse que l'appel au médecin était à la fois pour sauver la dame, mais aussi pour se sauver elle-même. La réaction du médecin, en ce sens, fut protectrice : durant cette veille où Roxanne était seule dans le service, le médecin a joué le rôle de partenaire, à la fois aînée plus expérimentée et personne d'autorité.

Prise de conscience de la responsabilité

Pour la plupart des NP, comme Roxanne, l'erreur leur a fait prendre conscience de la mesure de leur responsabilité. Cela avait été un thème fort des débuts, mais, nous l'avons vu, c'était souvent proche d'un fantasme de toute puissance et lié, simultanément, à un sentiment de manquer de maîtrise. Constaté à quel point une erreur est vite arrivée était particulièrement déstabilisant. En devenant plus réaliste, la responsabilité faisait toujours peur, même si les raisons se transformaient. Pour Roxanne, c'était surtout la conscience que les erreurs pouvaient modifier le cours d'une vie : celle des patients, comme de la sienne. Judith, perfectionniste et inquiète, réalisait de multiples contrôles, et pourtant elle s'est trompée. Cela lui a permis de repérer l'impact du fonctionnement institutionnel sur sa pratique, comment il pouvait être source de fragilisation. Même si les erreurs n'ont pas eu de conséquence pour les patients, la menace était là :

Je prenais conscience quand même que, dans la manière dont on travaillait là, les risques d'erreurs étaient grands. Surtout, moi, j'en ai fait une, pas grave, mais ça m'a foutu un coup aussi sur le moment de me dire : « mais mince, si ça commence comme ça ! » On peut vite faire une erreur bête et ça peut être dangereux. (Judith, E1, p.125)

Cette erreur de Judith intervenue au bout de deux premiers mois surchargés était la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Le constat de l'erreur par sa collègue lui a fait monter les larmes aux yeux : elle se sentait dépassée par la fatigue du jour et de ses débuts. En nous référant au modèle du fromage suisse de Reason, c'est comme si, soudainement Judith repérait l'alignement des failles dans les différentes strates de défense : celles-ci la fragilisaient et simultanément augmentaient la charge qu'elle portait, puisque c'était sur ses épaules que reposait la dernière barrière de sécurité.

Judith s'est demandé si elle aurait rapporté l'erreur si elle l'avait constatée d'elle-même. Elle n'en était pas certaine : en effet, en stage, elle avait vu une infirmière être malmenée

par sa hiérarchie suite à une erreur. Dans ses débuts de travail, encore désécurisée quant à sa place dans l'équipe, en souffrance face à la surcharge de travail et le sentiment de non droit à l'apprentissage qu'il induisait, nous pouvons imaginer qu'en effet il est probable qu'elle se serait tue, d'autant plus qu'elle était consciente de la faible dangerosité de l'échange de produit. Si elle appréciait ses collègues, la SPT était peu présente : il était plutôt question de confiance interpersonnelle.

Peur pour sa santé

S'être piquée a paniqué Roxanne : instantanément elle a vu son avenir remis en question. Là aussi il ne s'agissait pas de cacher quoique ce soit : elle avait besoin de partager sa peur et le signalement était nécessaire pour que des mesures soient prises afin de déterminer le niveau de risque qu'elle courrait et prendre les mesures nécessaires au besoin. Roxanne a ressenti un fort sentiment de culpabilité en plus de sa peur :

Je sais pas, peut-être que je suis un peu sévère mais je me disais toujours : « mais comment elles font pour se piquer ? » Quand ça m'est arrivé, je me suis dit : « bon, c'est tellement vite arrivé »... J'avais presque honte de m'être piquée parce que je trouve que c'est quelque chose qui devrait pas arriver. (Roxanne, E6, p.177)

Se piquer est visiblement un incident critique connu de Roxanne. Le risque de contamination a été pris en compte par le port de gants, mais nous voyons dans son discours tout le jugement qu'elle avait vis-à-vis des professionnelles à qui c'était arrivé. Elle se pensait au-dessus de ça, et il est probable que l'erreur l'a éjectée d'une sorte de tour d'ivoire, pour la mettre au même niveau que les autres, coupable et honteuse. La tension entre soi actuel et soi idéal était intense. Simultanément, cet incident la relie à ses pairs : elle avait su comment réagir car une collègue s'était piquée peu de temps auparavant et elles en avaient discuté toutes les deux. Roxanne expérimentait un vécu identique à celui de ses collègues face à l'erreur. C'était là un événement qui participait à la constitution d'une certaine sécurité psychologique au travail en renforçant les relations interpersonnelles.

Si la peur a été aussi vive, c'est également parce que cet événement pouvait avoir des incidences sur sa vie privée. En effet, si elle avait été contaminée, elle aurait alors été susceptible de transmettre une infection à son conjoint, remettant leur relation et leurs projets en question. Ce soir-là, à la maison, elle a pris ses distances vis-à-vis de lui. Son ami a tenté de la rassurer, mais pour Roxanne, cela signifiait qu'il ne se rendait pas compte de la situation. Seuls les résultats de l'analyse sanguine du patient pouvaient la rassurer.

Un dernier élément est à relever : l'accident est arrivé alors que Roxanne essayait de se performer. C'est d'ailleurs cela qui a été à l'origine de l'erreur. Elle en était consciente et même si elle avait toujours le projet de poser un Venflon sans faire couler une seule goutte de sang, sa réaction fut de temporiser :

Je me suis dit ouf et je me suis dit la prochaine fois que j'irai poser mon Venflon, tant pis si y a du sang ! Enfin peut-être qu'à la longue je réessayerai la technique mais, pour l'instant, c'est pas dans mes priorités, je verrai par après. (Ibid.)

De toutes les NP, elle est la seule à avoir expérimenté ce risque pour elle-même.

8.4.2 Peur du regard de l'autre

Par rapport à l'erreur, les NP craignaient par-dessus tout le jugement de l'autre. Comment allaient-elles être perçues une fois que les autres sauraient ce qu'elles avaient fait ? Allaient-elles encore être acceptées, avoir une place dans l'équipe ? Nous retrouvons les craintes par rapport aux relations interpersonnelles mises en évidence par Edmondson.

Chez Cléa, qui avait tant besoin de se sentir un membre à part entière de l'équipe, cette dimension est particulièrement forte. Elle est déjà présente lors de l'oubli du port du masque où elle se sentit prise *en flagrant délit* lorsque sa collègue le lui signala. Quelle est la *fraude* qu'elle a commise ? Une hypothèse serait celle de l'usurpation d'identité en n'ayant pas respecté les codes et les règles du métier, donc en ne s'étant pas montrée conforme à l'identité qu'elle voulait faire reconnaître. C'est sa compétence qui est mise en doute, mais surtout c'est le fait d'être surprise en faute alors qu'elle ne l'avait pas remarqué qui est significatif pour elle. D'ailleurs, elle ne parla jamais du patient par rapport à cet événement : c'était à elle qu'il arrivait. Cela se passe dans les quatre premiers mois, alors que Cléa parle surtout en termes de « on » intégrateur, fait tout ce qu'elle peut pour être acceptée. L'incident peut donc être perçu comme une rupture dans ce processus si précieux pour elle. Le fait que l'infirmière, appréciée et modèle, lui fasse la remarque en aparté est en ce sens protecteur, mais la souffrance de s'être sentie rejetée comme stagiaire n'est pas loin et fait planer une menace.

La seconde erreur est survenue après dix mois, les enjeux de place sont donc différents. Par contre, l'erreur est grave, et Cléa ne l'a pas réalisée par elle-même. Si la dame avait présenté des complications suite au retrait du drain, elle se serait retrouvée dans une position périlleuse. C'est la réaction de ses collègues veilleuses qui lui a fait prendre la mesure de son erreur : cette fois, elle était angoissée pour elle mais aussi pour la patiente. Elle a donc tout de suite appelé le médecin qui lui avait donné l'ordre par téléphone :

*J'ai dit : « écoute, t'es pas venu mettre l'ordre alors tu viens le mettre maintenant. »
« Oh, j'ai pas le temps, je mettrai demain. » Je dis : « non, tu viens le mettre maintenant, et deuxièmement tu sauras une chose, c'est que, selon mon cahier des charges, j'ai pas le droit de faire ça. » « Ah mais je savais. » Et je dis : « mais attends, est-ce que tu sais le risque que j'ai pris et tu savais, t'aurais pu me dire, tu venais l'enlever toi-même ou je demandais au médecin de l'étage de venir l'enlever et c'était réglé. » « Ouais mais bon, si y avait eu un pépin, je prenais sur moi. » Et je dis : « je te garantis que si y avait eu un problème, je suis pas sûre que t'aurais pris sur toi. » (Cléa, E5, p.80)*

La colère vis-à-vis du médecin, très légitime, est probablement aussi une manifestation de la colère qu'elle avait vis-à-vis d'elle-même. Elle savait par sa formation qu'elle n'aurait pas dû faire ce geste et encore moins suite à un ordre oral du médecin, mais elle n'avait certainement pas intégré ces données dans tous les contextes possibles de son activité. Constater que le médecin savait que ce geste n'était pas du ressort d'une infirmière ressemblait à une trahison, d'autant plus qu'elle a agi sans ordre signé. Elle a

donc réellement été mise en danger, même si elle a sans aucun doute une grande part de responsabilité.

L'aveu public

Comme les erreurs de Cléa et Roxanne se sont déroulées en soirée ou durant la nuit, la question se posait de l'aveu à l'équipe du lendemain. Les rapports étaient des moments difficiles au début par l'exposition qu'ils engendraient. Se trouver face à l'équipe pour avouer l'erreur était donc un moment particulièrement stressant :

C'est là que tu prends peur, t'as la boule à l'estomac et que t'as peur du jugement des autres, t'as peur de ton propre jugement sur toi. Donc, le soir j'ai un peu tergiversé dans mon lit par crainte que ma patiente décompense sur la nuit, que mes collègues m'en veuillent le lendemain d'avoir fait un acte irresponsable et je m'en voulais à moi-même, je trouvais que c'était pas professionnel. J'ai eu toutes les possibilités devant mes yeux qu'ont défilé pour me dire de ce que j'aurais pu faire au lieu de faire ça. Et le lendemain, je suis arrivée bien penaude au boulot, mes collègues ont vu que j'avais pas bonne mine. (Cléa, E5, p.80)

Il était essentiel pour Cléa que ce soit elle qui informe ses collègues : c'était probablement là une manière d'assumer la responsabilité d'un acte irresponsable, être professionnelle alors qu'elle jugeait ne pas l'avoir pas été. Cet aveu était une seconde mise en danger, mais indispensable pour espérer une réparation.

Pour Roxanne, c'était de toute façon à elle de faire le rapport de la nuit à l'équipe du matin. La particularité était que, la nuit, elle était responsable de deux unités avec une aide-soignante. Elle allait devoir prendre la parole devant deux équipes. La patiente de l'erreur appartenait à l'autre service, et pourtant ses collègues directes allaient l'entendre. Et c'était leur regard qui l'inquiétait surtout. Elle ne minimisait pas celui de l'autre équipe, mais c'est comme s'il y avait deux cercles concentriques : le premier, au centre, celui des pairs avec qui elle travaillait en proximité au quotidien, son groupe ressource où les enjeux interpersonnels étaient forts. Le second, plus éloigné, important aussi mais surtout pour des questions de collaboration et d'entraide dans les moments de travail en effectif réduit. La SPT primait dans son groupe d'appartenance.

8.4.3 Sidération

Ses erreurs ont été vécues très différemment par Sabina. D'abord, elle ne s'en est pas du tout rendu compte et leur repérage n'a pas été réalisé par d'autres durant son temps de travail. Partie en congé, satisfaite, en ayant le sentiment d'avoir passé un cap, elle s'est retrouvée face à sa responsable qui l'a informée des erreurs qui avaient été remarquées par la veilleuse, en l'occurrence l'ICUS-adjointe. Même si l'ICUS-adjointe n'était pas présente au moment de l'annonce, c'étaient les deux figures d'autorité du service qui la confrontait à des déficiences, alors qu'elle pensait être enfin sortie de sa position fragile des débuts. Pour Sabina, c'était un coup de tonnerre inattendu, elle était en état de choc, sidérée. Elle minimisait l'impact de son erreur : nous pouvons y voir à la fois un mécanisme de défense, mais également la manifestation du manque de connaissances qui

freinait son évolution depuis ses débuts. C'était là non seulement un grand coup de frein à ses espoirs de progression mais carrément une régression imposée. Face à l'ICUS qui lui signifiait ses erreurs après un peu plus de deux mois de travail, elle se sentait sans défense et subissait.

Les erreurs analysées du point de vue des NP, nous allons voir comment leurs équipes de soins y ont réagi et l'implication que cela a eue sur le sentiment de sécurité psychologique au travail.

8.5 Réaction de l'équipe face à l'erreur de la NP et sécurité psychologique au travail

La réaction à l'erreur de Sabina a été très différente de celle expérimentée par les autres NP. C'est pourquoi nous nous attarderons d'abord sur celle-ci, puis nous verrons les aspects communs des réactions des autres.

8.5.1 Aide versus stigmatisation

Nous avons vu que le leader est prépondérant dans le SPT par ses réactions face aux comportements d'apprentissage et aux erreurs. Par son implication dans l'équipe et sa gestion, il génère une atmosphère sécurisante ou pas. Dans la situation de Sabina, l'ICUS avait un rôle particulièrement important dans une équipe nouvelle, très peu expérimentée. Elle était sa personne de référence. Son appréciation était donc particulièrement importante.

La réaction de l'ICUS aux erreurs rapportées par son adjointe a été rapide et tranchée, ce qui a été mal vécu par Sabina :

L'infirmière-chef, elle a su ça de la veilleuse et pas directement des autres infirmières qui ont travaillé ce soir-là avec moi. Elle a pas pris contact en fait, ou elle a pas échangé avec les autres infirmières, et je trouve que ça aurait été mieux de parler aussi avec eux pour avoir une autre image d'ensemble, comment ça s'est passé la situation. (Sabina, E2, p.202)

L'ICUS a décidé que l'élargissement des activités de Sabina aux horaires de soirée était prématuré et qu'il fallait donc revenir en arrière, avec des horaires de jour, une diminution du nombre de patients à charge, etc. Simultanément, Sabina a donc appris à la fois l'erreur et ses conséquences sans qu'elle ait la possibilité de réagir. Cette décision représentait une régression pour Sabina, amoindrissant sa confiance en elle qui n'était déjà pas très élevée. Elle l'a vécu comme une injustice, comme si elle seule était responsable de ce qui s'était passé sans prise en compte des conditions spécifiques du contexte. Ses collègues de la soirée auraient précisément pu mettre en évidence les conditions latentes et ainsi nuancer sa part de responsabilité dans un oubli effectif. En ce sens, la décision, même si elle était présentée comme une opportunité pour asseoir les apprentissages et les compétences, est vécue comme un blâme, une sanction. Pour Sabina, elle a généré de la méfiance vis-à-vis de son ICUS, même si elle lui trouvait des excuses. L'ICUS lui a

expliqué qu'avant que Sabina n'arrive dans le service, il y avait eu une erreur grave et que c'est pour cela qu'elle réagissait aussi vivement :

Je crois l'infirmière-chef, elle est un peu comme un enfant brûlé de ce qui s'est passé. Et maintenant, c'est tombé sur moi quelque part. (Ibid.)

L'autre enjeu de la décision était qu'il mettait en évidence devant toute l'équipe qu'elle avait plus de difficultés que les autres à débiter dans ce poste. Dans un groupe où il y avait plusieurs NP, un esprit de compétition bien présent, cela la plaçait en position d'infériorité :

Quelque part je comprends, ils essaient de me protéger mais en même temps ça me dévalorise de nouveau, de voir que j'ai pas la même capacité de travail, je peux pas prendre la même charge.... Je me compare quand même aux autres et là c'est très difficile parce qu'y en a qui ont commencé comme moi, avant moi et j'ai l'impression qu'ils sont beaucoup plus avancés dans le développement des compétences. (Ibid., p.203)

Sabina avait également le sentiment que ses difficultés valorisaient les autres. La décision était donc une forme de stigmatisation pour elle. Par les émotions qu'elle générait, elle ne favorisait pas, de façon évidente, les relations interpersonnelles. Dès les débuts, Sabina se plaignait du manque d'espace de paroles et d'échanges dans le service et donc du manque d'apprentissage collectif. Cela se manifestait entre autres par l'absence de rapports communs. Les espaces formels d'échanges étant peu nombreux, et dans sa position d'infériorité, la prise de contact informelle était rendue également plus difficile. La SPT vient de la manière de traiter l'erreur qui ne doit pas générer un sentiment d'humiliation ou d'incompétence (Edmondson, 2004). Il est donc évident que pour Sabina il n'y en avait que peu.

Aide au développement de compétences

L'ICUS n'a pas seulement condamné, elle a aussi reconnu des besoins d'apprentissage différents et proposé une aide. En l'occurrence, il s'agissait d'analyser des situations avec une infirmière clinicienne. Sabina reconnaissait qu'elle avait besoin de soutien, d'ailleurs elle parlait souvent de cette décision au « on », ce qui probablement l'aidait à reprendre le contrôle sur une situation qui lui échappait :

C'est une opportunité d'apprendre et de pouvoir échanger avec une experte qui a beaucoup d'expérience, mais en même temps c'est très frustrant. (Ibid., p.203)

Ce travail avec la clinicienne, qui ressemblait beaucoup aux analyses de situations réalisées durant les stages, a démontré que le problème ne se situait pas à ce niveau. Sabina démontrait des compétences tout à fait adéquates tant dans l'analyse que dans les connaissances. L'enjeu se situait principalement dans le lien théorie-pratique en situation de stress et au niveau de l'organisation. Et, surtout, la clinicienne a relevé que le manque de confiance en soi de Sabina était un obstacle majeur. En ce sens, l'offre avait un effet paradoxal : intéressante en confirmant des compétences, défavorable par la différenciation négative qu'elle induisait.

Quelques semaines plus tard, l'ICUS a testé Sabina avant de décider de la faire reprendre des horaires du soir. En retour de vacances, Sabina s'est retrouvée avec un nombre de patients à charge augmenté, au point que ses collègues avaient peu de travail. L'ICUS, absente, a fait transmettre sa décision par une infirmière du service qui était très mal à l'aise : cela replaçait Sabina dans une position à part alors que l'idée était de la mettre face à une charge de travail normale de diplômée. Et, en plus, déléguer à une collègue sans statut hiérarchique supérieur la transmission de la décision est davantage un facteur générateur de tensions interpersonnelles, chacune se trouvant dans une position inconfortable et ambiguë.

Sabina a réussi ce test-là. Par contre, sa nouvelle erreur dans la distribution des somnifères a conduit à une rupture de confiance définitive après sept mois. Sabina était déjà en train de chercher un nouveau poste quand elle a été convoquée par l'ICUS qui voulait lui signifier sa décision de stopper leur collaboration. Les difficultés de Sabina étaient bien réelles, mais nous le voyons, elle n'a pas pu développer de SPT pendant les sept mois où elle est restée dans ce service. Elle était en danger, manquant de confiance en elle mais également dans le milieu dans lequel elle évoluait et surtout vis-à-vis de l'ICUS. Cette dernière erreur de Sabina, si elle peut être attribuée à du relâchement et à une certaine légèreté pourrait également être interrogée comme un possible acte manqué, générant une situation obligeant à un changement lui permettant de cesser de se confronter un défi visiblement trop difficile.

8.5.2 Erreur reconnue et pourtant toujours membre de l'équipe

Réactions des collègues directement impliqués

La réaction des autres équipes aux erreurs s'est avérée très différente. La première réaction primordiale a été celle des collègues qui ont découvert l'erreur. Il s'agissait de pairs, il n'y avait donc pas d'enjeux hiérarchiques. Pour Judith et Cléa, il s'agissait en plus d'une collègue appréciée : les liens interpersonnels étaient liés autant aux compétences reconnues (modèle) qu'à des affinités. Ces personnes en tant que telles ne représentaient donc pas une menace mais bien plutôt une ressource. Cela n'enlevait rien à l'importance pour les NP de donner une bonne image d'elles-mêmes, mais la relation repose sur un présupposé de bienveillance.

Pour Cléa, et Roxanne par rapport au médecin, il y a eu à la fois reconnaissance de l'erreur et mise en évidence de son niveau de gravité. C'est le retrait du drain par Cléa qui a été la plus dangereuse et qui aurait pu avoir les conséquences les plus sévères. Dans tous les cas, il ne leur a pas été adressé de reproches, sans pour autant minimiser ce qui s'est passé. Cet aspect était essentiel : la valeur de la réaction était reliée à la reconnaissance de l'erreur, sans la minimiser, mais en différenciant la personne de ses actes, ce qui équivalait à une reconnaissance du travail fourni jusque-là. La justesse du sentiment de sécurité psychologique devint à ce moment-là une évidence.

Dans toutes les situations, les éléments se sont discutés hors de la vue des patients. C'était soit dans le couloir, soit dans le bureau et en petit comité. Nous pouvons donc estimer

qu'il s'agissait d'un espace relativement protégé pour échanger sur un événement menaçant. Pour l'oubli du masque de Cléa, c'était une décision volontaire de sa collègue. Pour les autres, ça s'est passé simplement et heureusement comme ça. Mais nous pouvons faire l'hypothèse, tenant compte de leur attitude, qu'elles auraient pris des précautions. Par contre, nous pouvons nous interroger sur la pertinence d'en discuter parfois dans les espaces informels. Dans les situations données, cela s'est avéré intéressant pour la NP, en lui évitant de se trouver en faute face au collectif. Par contre, en ce qui concerne l'apprentissage en équipe, ce fonctionnement ne permet pas la mise à plat de thématiques qui concernent vraisemblablement d'autres personnes.

Réactions de l'équipe

Pour Judith, l'erreur survenue après deux mois infernaux était la goutte d'eau qui faisait déborder le vase :

C'est là justement que je me suis dit : « j'ai pas envie de continuer dans ces conditions. » Et plusieurs collègues m'ont dit : « mais faut pas que ça te dégoûte des soins parce que c'est pas tout le temps comme ça. » (Judith, E1, p.125)

La remarque n'était pas liée exclusivement à l'erreur, mais suivait directement ce moment-là. Ce retour des collègues était important dans le sens où il signifiait qu'elles souhaitaient qu'elle reste. Elle était donc acceptée dans ce moment-charnière.

Judith a discuté avec l'ICUS de leur manière de travailler à la chaîne le soir qu'elle estimait constituer une source d'erreur. Elle a été entendue et, dans les semaines qui suivirent, une réorganisation du travail en soirée eut lieu : même en effectif réduit, chaque infirmière se voyait attribuer un nombre de patients dont elle assurait les soins de manière individualisée. Nous voyons là que, si l'erreur individuelle est effective, il y a eu une reconnaissance des conditions latentes qui ont pu conduire à sa survenue et un apprentissage commun qui passe par un changement organisationnel. Les conditions ont été donc réunies pour favoriser une SPT, même si l'équipe était jeune et inexpérimentée.

Cléa appréhendait la réaction de son équipe. Quand elle en a parlé au rapport du matin, les collègues l'ont écoutée et ont pris acte. Dans la journée, Cléa est ensuite allée en parler avec certaines personnes individuellement. C'est là qu'une collègue lui dit :

« Mais écoute, remue pas le couteau dans la plaie, sors ce truc, des erreurs t'en feras encore des millions, on n'est pas à l'abri d'une connerie. Là, dans le cas, c'est clair que t'es fautive mais le médecin il est con aussi parce qu'il t'a forcée à le faire, et t'avais peut-être pas les épaules pour refuser, tu savais pas que tu pouvais refuser. » Oui, ça m'a soulagée parce que j'ai vu que mes collègues ont pas changé de comportement, m'en ont pas voulu, m'ont pas confié moins de responsabilités parce que j'avais fait ça, donc j'étais super contente. (Cléa, E5, p.80)

Comme pour Judith, l'erreur a été validée mais les éléments qui y ont contribué ont été pris en compte : la responsabilité du médecin lui a été renvoyée et les enjeux relationnels médecin-NP ont été posés en hypothèse. La conviction que l'erreur est inhérente à la nature humaine a aussi été clairement explicitée. Le résultat de ces réactions a été la

reconnaissance du droit d'exister dans l'équipe malgré l'erreur : sa place est conservée malgré son *acte irresponsable*. Le fait que cela se soit passé après dix mois de travail n'a pas été anodin pour Cléa : elle a eu le sentiment que tout ce qu'elle avait démontré jusque-là a été pris en compte et que l'erreur n'a pas annulé cela. Elle en est ressortie avec une confiance renforcée dans ses collègues et une véritable SPT. Cela confirmait sa perception des débuts où elle considérait les rapports comme des moments d'intervision qui permettaient d'apprendre ensemble et d'avoir une évaluation sur ce qui avait été entrepris.

Roxanne a un vécu similaire : en ce qui concerne le surdosage du somnifère, elle a surtout fait rire ses collègues avec les remerciements de la dame. Néanmoins, elle gardait un doute sur ce qu'aurait été leur réaction si l'erreur avait eu des conséquences. Cela renvoyait probablement plus à son propre rapport à l'erreur et ses peurs de perdre le diplôme. En effet, lors de l'autre erreur médicamenteuse induite par la transmission orale de l'ordre du médecin à l'aide-soignante, l'ICUS s'est positionné de manière très claire et soutenant son équipe, en l'occurrence surtout Roxanne qui se sentait quand même un peu responsable. De ce fait, malgré le constat de l'erreur, sa culpabilité a été stoppée. La figure d'autorité de l'ICUS a opéré, son rôle d'interface entre l'équipe infirmière et les médecins a été assumé et il s'est solidarisé clairement avec les membres de son équipe. De plus, quand elle s'est piquée, ce sont ses collègues qui sont venues vers elle pour la soutenir. Ces comportements instaurent une SPT forte.

Relations interpersonnelles spécifiques et erreurs

Roxanne et Cléa ont vécu des tensions avec des personnes particulières dans le cadre de l'erreur ou alors après. Chacune a rencontré des problèmes avec une ASSC dans sa pratique quotidienne : nous en parlerons dans le chapitre 9. L'ASSC avec qui Cléa rencontrait des difficultés était présente le soir où elle a enlevé le drain et était même venue avec elle. Au moment où les veilleuses ont signifié à Cléa son erreur, celle-ci est intervenue :

Et c'est là que j'ai l'ASSC qu'arrive, elle me dit : « ah, je savais que t'avais pas le droit mais bon je sais pas ce que je pouvais faire pour t'en dissuader, tu voulais faire, tu voulais faire ! » Et là, j'étais un peu scotchée qu'elle me fasse ce coup-là, moi j'étais à la limite des larmes quand j'ai entendu ça. (Cléa, E5, p.80)

Le lendemain, l'ASSC travaillait aussi et a, à plusieurs reprises, signalé aux collègues présentes qu'elle savait que c'était une faute. Elle ne l'a jamais fait devant Cléa, par contre cette dernière en a été informée par les infirmières qui lui dirent :

Toutes, on a coupé court, que c'était pas à elle [l'ASSC] de nous raconter ça et que ça la regardait pas et qu'y avait rien eu de grave. (Ibid.)

Ce qu'elle percevait comme une tentative de la discréditer encore plus a donc été tuée dans l'œuf, le processus s'inversant même puisque Cléa obtenait du soutien et l'ASSC se faisait remettre à sa place. La relation avec cette personne était compromise, par contre pas du tout la SPT.

Roxanne rencontrait également des difficultés avec une ASSC dont les compétences limitées généraient une surcharge de travail et beaucoup d'inquiétude. Elle travaillait en binôme avec elle le jour où elle s'est piquée. Suite à l'accident, le patient devait subir une prise de sang pour vérifier s'il était porteur d'infections afin que des mesures de prévention soient prises pour Roxanne si nécessaire. Dans l'état de stress où elle était, Roxanne ne se sentait pas du tout capable d'aller elle-même piquer le patient. Elle l'a donc demandé à l'ASSC qui ne voyait pas pourquoi c'était à elle d'y aller. Après négociation, elle l'a fait, mais pour Roxanne, ce manque d'empathie ne faisait que renforcer la mauvaise image qu'elle avait de cette personne.

Elle a également dû rencontrer l'infirmière du personnel dans le cadre de la procédure institutionnelle après ce type d'accident du travail :

Après, on a une dame du personnel, elle est infirmière du personnel, qui estime que si on veut pas se piquer on devrait avoir mis deux gants. Alors, moi je lui ai dit que j'avais pas prévu de me piquer ce jour-là, à cette heure-ci, avec ce patient-ci... C'est un accident de travail que toute infirmière diplômée doit pouvoir éviter, elle m'a dit. Alors je lui ai dit que si j'avais pu l'éviter, je l'aurais fait, que si c'était un accident, c'est que forcément j'aurais pu sans doute faire mieux. Mais que si c'est arrivé, l'idée c'est peut-être pas de culpabiliser encore d'avantage l'infirmière. (Roxanne, E6, p.177)

A ce moment-là, Roxanne savait qu'elle ne courrait plus aucun risque. Par contre, l'attitude de jugement de l'infirmière du service de santé du personnel était pour elle inacceptable après l'angoisse qu'elle avait vécue. En même temps, ce que cette infirmière lui reflétait entrainait en écho avec ce qu'elle pensait avant que ça ne lui arrive ! Cette colère ressentie était probablement un reflet de celle qu'elle ressentait vis-à-vis d'elle. Cette infirmière représentait aussi l'institution qui lui disait qu'elle avait mal agi. Toute la responsabilité lui était renvoyée sans considération du déroulement particulier de l'accident et de sa tentative d'amélioration de son geste et du fait qu'elle avait pris les précautions d'usage puisqu'elle portait des gants. Cet entretien n'a pas eu d'impact sur la SPT dans l'équipe, par contre il a induit des doutes sur le soutien qui pouvait être attendu au niveau institutionnel en cas de besoin.

La relation de Cléa avec le médecin qui lui a donné l'ordre de retirer le drain a bien évidemment été compromise. Ce n'était pas le médecin du service, donc elle ne travaillait pas en proximité avec lui. Il n'empêche que son attitude a renforcé chez Cléa une déception qui s'installait dans la fin de l'année face au corps médical en général. La perte de confiance était importante. Certes le médecin est venu noter l'ordre le soir même. Dans le dossier médical, il n'a pas inscrit que le retrait du drain avait été réalisé par une infirmière. Cléa l'avait noté dans les transmissions infirmières. *A posteriori*, nous voyons que des mesures atténuant les risques pour elle ont été prises, mais tout cela intervenait alors que la dame allait bien et qu'il n'y avait eu aucun problème. Le doute sur ce qui se serait passé, et entre autres le niveau de responsabilité assumé par le médecin en cas de problème, restait très vif.

8.8 Erreurs et dynamique identitaire

Les erreurs ont donc représenté des événements majeurs par lesquels les NP ont pris la mesure des risques inhérents à leur travail, pour le patient mais aussi pour elles-mêmes. Elles ont demandé qu'elles s'interrogent sur leurs pratiques, sur les éléments qui pouvaient représenter des facteurs de risque dans leur manière d'aborder leurs activités. Les erreurs furent particulièrement significatives en regard de l'appartenance à leur équipe de soins. Questionnant les infirmières qu'elles sont, celles qu'elles voudraient être, ainsi que les risques encourus pour leur place dans le collectif, les erreurs ont donc remis en question leur identité professionnelle.

8.8.1 Régression et besoin de se reconstruire suite aux erreurs

La dynamique identitaire de Sabina a été profondément modifiée par les erreurs et leurs répercussions. Non seulement son identité n'a pas été confirmée, mais elle s'est sentie injustement jugée et humiliée par une personne très significative pour elle, son ICUS. Celle-ci, ressource au début, est devenue un agent destructeur dans le regard de Sabina. Le défi s'est transformé en un mur contre lequel elle s'est écrasée. Sabina manquait de connaissances et de compétences spécifiques, mais elle se positionnait dans une perspective d'apprentissage et de développement. La réaction immédiate de l'ICUS à sa première erreur a non seulement mis un frein à une reconnaissance de son évolution marquée par l'autorisation de faire des soirées en effectif réduit, mais en l'obligeant à revenir à sa situation antérieure avec un allègement de sa charge de travail, Sabina se sentait régresser. Sans avoir le point de vue de l'ICUS, nous ne pouvons nous placer que du point de vue de Sabina : elle avait réellement des lacunes, ce qu'elle ne niait pas, même s'il y avait une certaine minimisation de sa part. Toutefois, si les décisions se sont prises exclusivement en regard de l'erreur commise rapportée par Sabina, il y a effectivement quelque chose d'excessif, qui transforme une proposition d'aide en sanction dans l'esprit de la NP. Par contre si l'erreur s'inscrivait dans des débuts évalués comme inquiétants par l'ICUS, il y avait une justification. Dans tous les cas, un décalage important existait dans les attentes de part et d'autre, ainsi qu'entre le sentiment d'auto-efficacité de Sabina et ce dont l'ICUS pensait qu'elle était capable. La confiance en soi de Sabina en était fortement altérée : l'image d'elle-même qui lui était renvoyée par les autres significatifs était celle de quelqu'un de plus faible que les autres, seule responsable de tout ce qui lui arrivait, puisque les conditions de travail dans le service lors de l'incident n'ont pas été prises en compte.

Malgré ses efforts pour dépasser les obstacles, sa nouvelle erreur (lapsus ?, acte manqué ?) alors qu'elle pouvait à nouveau assumer les mêmes activités que ses collègues quelques semaines plus tard a été décisive : son manque de confiance en soi et en l'ICUS ne permettait plus légitimement d'envisager un projet dans ce contexte. Sabina a donc décidé de quitter ce poste, triste, avec de la rancœur, mais convaincue de prendre la bonne décision. Des compétences lui avaient été reconnues par la clinicienne. Elle s'appuyait également sur les rapports de stage durant sa formation qui avaient validé ses aptitudes et

le fait qu'elle était prête à être diplômée : si elle en avait été capable, elle le pourrait encore dans un nouveau poste.

Sa recherche d'emploi ayant précédé l'annonce de l'ICUS qui souhaitait interrompre leur collaboration, cela devenait son choix au lieu d'une décision d'autrui subie. Le changement s'inscrivait donc dans une dynamique de gestation identitaire avec projet de reconstruction de soi, visant à restaurer l'identité altérée. Comme l'ICUS ne souhaitait pas *bloquer la carrière* de Sabina, elle a pu trouver une place dans la même institution : tout d'elle n'était donc pas rejeté en vrac, mais elle ne correspondait pas à ce service-là. Le vécu émotionnel était bien évidemment beaucoup plus difficile que cela, mais Sabina gardait une maîtrise sur sa vie. La question était de savoir comment reconstruire une estime de soi et un sentiment d'auto-efficacité déficients, profiter des apprentissages qui avaient été réalisés et les réinjecter dans le nouveau poste. Lors d'une journée-test dans son futur second poste, elle observa des collègues en train d'échanger avec l'ICUS leur analyse de certaines de situations de patientes, ce qui lui avait cruellement manqué et lui donnait espoir de faire une meilleure expérience. Elle s'est accordée toutefois 6 semaines de congé pour commencer à se reconstruire et a décidé de travailler à 90 %. Même si tout n'a pas été rose, l'expérience du deuxième poste fut bien plus favorable et lui permit réellement de trouver une place et du plaisir au travail. A la fin de sa première année de travail, ayant repris confiance en elle, elle est retournée dans le premier service, un peu sous la forme d'une revanche, pour leur montrer qu'elle n'avait pas été détruite. La fierté ressentie à ce moment-là était à la hauteur du défi que représentait sa reconstruction.

8.8.2 Remise en question puis poursuite du projet

En fonction du moment où l'erreur est survenue, les enjeux étaient différents. Pour Judith, l'erreur était le débordement qui clôturait deux mois de démarrage excessivement pénibles, vécus dans l'insécurité en raison de l'inexpérience de l'équipe. Elle s'est retrouvée dépitée, doutant de la pertinence du choix de son premier poste. Dans ses débuts, elle était dans une dynamique de gestation identitaire avec projet de confirmation de soi et elle fut confirmée dans sa nouvelle identité d'infirmière diplômée par ses autrui significatifs. Le problème pour Judith était causé par des tensions entre soi actuel et soi idéal : les conditions de travail qu'elle expérimentait rendaient un idéal déjà revu à la baisse totalement inaccessible, ce qu'elle vivait dans une grande frustration. L'erreur entérinait ce sentiment, cela malgré tous les efforts qu'elle fournissait. La question de la poursuite de son projet dans cet endroit était bien réelle. Les encouragements de ses collègues avaient une valeur de reconnaissance et d'encouragement. L'allègement simultané de la charge de travail à un « état normal » lui a permis de prendre du recul, d'offrir des soins de meilleure qualité selon ses critères et de pouvoir envisager la poursuite de son projet dans une logique de continuité identitaire. La SPT expérimentée y a sans conteste joué un rôle, les relations interpersonnelles étant un argument et une ressource pour envisager de rester.

Pour Cléa, c'est surtout la seconde erreur qui a pesé sur sa dynamique identitaire. Après dix mois, elle se positionnait dans une dynamique de continuité identitaire, avec encore

des besoins de se préserver mais surtout un désir d'entretien de soi. Sa place dans l'équipe, enjeu majeur de ses débuts, semblait acquise et confortable. Son erreur a généré des tensions identitaires entre soi actuel et soi idéal, ainsi qu'entre soi actuel et soi normatif. Elle ne s'était montrée ni à la hauteur de ce qu'elle attendait d'elle-même dans son idéal de perfection, ni de ce qui était attendu d'une infirmière en ne respectant pas les limites de ses compétences. Des tensions soi/autrui étaient également actives : avec le médecin mais aussi avec ses collègues directes. La menace sur elle et sa place était ressentie avec force. Elle a par contre été très rapidement rassurée par l'équipe, ce qui a renforcé sa confiance dans son groupe d'appartenance. Par contre sa confiance en elle a été altérée. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela pouvait être une ouverture sur des comportements d'apprentissage plus rigoureux : les deux erreurs relevées durant l'année étaient liées à des appuis sur des acquis qui n'étaient pas suffisamment questionnés. La SPT présente dans l'équipe lui offrait un bon terreau pour la poursuite de ce développement. Par contre, sa confiance dans les médecins s'en est trouvée profondément modifiée. Cet incident s'est additionné à d'autres frustrations, voire colères, vis-à-vis des médecins dans la prise en charge des patients. De ce fait, cette période a été à l'origine d'un désenchantement qui la conduisit à s'interroger sur la pertinence de poursuivre dans ce lieu, à temps complet, en regard du prix émotionnel, physique et mental que lui coûtait son investissement personnel.

Quant à Roxanne, sa dynamique identitaire n'a pas été modifiée, elle a poursuivi dans une logique de continuité identitaire. Par contre, la conscience des liens entre vie privée et vie professionnelle a été amplifiée : l'atteinte à son intégrité corporelle montrait la menace que le travail pouvait représenter pour ses projets de vie, en tant qu'épouse et mère. Se piquer, en cassant sa conviction de pouvoir tout contrôler dans son activité, a modifié son regard sur ses collègues faillibles, créant une proximité entre elles et une bienveillance à ce sujet. Avec son perfectionnisme et sa peur de perdre son diplôme, il ne s'agissait en aucun cas de baisser sa garde, mais Roxanne a admis que, même en essayant de tout faire juste, des circonstances permettaient aux erreurs de survenir. Il y avait là quelque chose de l'ordre de la croissance, de la sortie d'une vision un peu duale de la vie et des gens (juste/faux, bien/mal) qui lui permettait de s'identifier plus à eux. Plutôt que de la différencier du groupe, l'erreur l'a plutôt rapprochée. Le besoin de se préserver d'autrui peut en être diminué.

9. Conflits et désaccords au sein de l'équipe soignante

Durant leur première année de travail, toutes les nouvelles professionnelles se sont retrouvées une fois ou l'autre en désaccord, voire en conflit, avec des membres de l'équipe infirmière, avec des médecins, ou avec des patients et leur famille. Il s'agissait pour elles d'événements critiques, les déstabilisant dans leurs croyances, leurs valeurs, leur conception de la profession, ou alors par la découverte de certains aspects de leur personnalité. Tant la dissension que la manière de la résoudre représentaient un risque pour la place qu'elles occupaient dans l'équipe. Ces moments, par l'intensité des émotions ressenties, ont nécessité d'amorcer une réflexion afin de mieux cerner ce qui se passait et pouvoir trouver des pistes d'actions nouvelles. En ce sens, les entretiens cliniques ont été des lieux d'élaboration et d'échanges à distance (temporelle, géographique, sociale). Dans ce cadre sécuritaire, car loin des enjeux du contexte de travail, elles pouvaient faire des allers-retours réflexifs entre ce qu'elles étaient ou devenaient comme infirmière et comme personne, ce qu'elles décidaient de faire ou non, ainsi que sur leur place et leurs liens au sein de l'équipe et les risques qu'elles encouraient au décours du conflit. Identités personnelle et sociale y étaient donc discutées sans menace.

Ces situations ont stimulé fortement leur réflexivité. Les désaccords et conflits représentent donc des événements majeurs, puisque comme le souligne Romano (1998) : « l'événement me contraint à me comprendre autrement, à partir de la faille que l'événement lui-même aura ouverte dans ma propre aventure, en reconfigurant mes possibilités intrinsèques » (p.44). Mon hypothèse est que ces moments ont été fondamentaux dans leur construction identitaire, tant personnelle que professionnelle. S'interrogeant autant sur elles-mêmes que sur les autres, ainsi que sur les relations interpersonnelles créées dans l'espace de travail, elles ont été obligées de se positionner clairement, au moins face à elles-mêmes, souvent également face aux autres. Durant cette première année, ces événements ont questionné, par le travail sur la similitude et la différence entre elles et les autres, leur intégration et leur niveau d'engagement dans le collectif. Cela les a conduites à choisir de manière réfléchie la place qu'elles voulaient/pouvaient occuper, les obligeant parfois à la différenciation ou alors conduisant à une adhésion volontaire.

Les conflits ou les désaccords au sein de l'équipe infirmière mettent essentiellement l'accent sur le sentiment d'appartenance à un groupe spécifique, chargé d'une mission, au sein d'une institution. C'est à travers le fonctionnement collectif, dans l'action, dans les relations interpersonnelles, que vont se créer, s'expérimenter, se co-construire des manières de penser, d'agir en partenariat, en coordonnant les responsabilités, en tenant compte des fonctions différentes des membres de l'équipe. Le conflit conduit donc à interroger *la communauté de pratique* (CP), concept que nous présentons dans la partie suivante. Nous commencerons par étudier, dans ce chapitre 9, les enjeux des désaccords au sein de l'équipe soignante (infirmières et professionnelles qui leur sont déléguées). Nous analyserons dans le chapitre 10 les conflits entre NP et médecins, ce sont ceux qui étaient rapportés le plus fréquemment. Si les médecins interagissent au quotidien avec

l'équipe de soins, ils ne sont néanmoins pas considérés comme des membres de la communauté par les NP, même si leurs interventions ont des répercussions importantes sur leur propre activité. Les conflits, dans une première année de travail où les NP jouent pleinement leur rôle professionnel en autonomie, ont donc été des moments-clés pour questionner et mettre en évidence leur représentation des rôles respectifs, leur rapport au pouvoir (réel et symbolique) et la collaboration pluridisciplinaire inhérente à la pratique soignante. Dans le courant de cette année, les NP ont également vécu des conflits avec des patients ou leurs proches. Nous traiterons de ces situations dans l'un ou l'autre chapitre en fonction du type de tensions générées et de leur lien avec la CP infirmière ou la collaboration infirmière-médecin.

Nous allons donc étudier comment ces situations ont influencé le sentiment de compétence des NP, les ont remises en question. Comment leur identité a-t-elle évolué dans ces moments de colère, de menace, ou de déception et de frustration ? Quelles stratégies ont-elles élaboré pour sortir de ces situations ? Avec quelles répercussions ? Pour analyser ces événements, nous allons nous référer à la théorie des *communautés de pratique* (CP) de Wenger (1998/2009), en l'articulant avec celle de la *sécurité psychologique au travail* (SPT), tout en tenant compte des *dynamiques de groupe* et des *enjeux identitaires* (Anzieu & Martin, 2009; Kastarsztein, 1990; Lipianski, 1990; Marc, 2005; Picard & Marc, 2012).

9.1 Communauté de pratique : Caractéristiques et impacts sur l'identité

La théorie des communautés de pratique de Wenger est une théorie sociale de l'apprentissage. Celui-ci y est vu comme le résultat d'une participation sociale, qui ne se résume pas à une participation aux activités courantes d'une communauté, mais renvoie bien plus au processus plus large d'une collaboration active aux *pratiques* d'une communauté sociale et à la construction d'identités qui y sont liées. « Cet apprentissage collectif produit des pratiques qui reflètent à la fois l'évolution des plans et les relations sociales qui s'ensuivent. Ces pratiques deviennent alors le propre d'une communauté et contribuent à la transformer en entreprise commune » (Wenger, 1998/2009, p.51). De là découle l'appellation « communauté de pratique » (CP).

Une communauté se fonde sur un certain nombre d'éléments :

- Le partage de conditions de travail identiques.
- La recherche concertée de solution aux problèmes rencontrés (échange d'expérience). Les problèmes peuvent être inhérents aux situations ou générés par des options institutionnelles qui ne tiennent pas compte d'autres données qui influencent l'applicabilité des mesures sur le terrain.
- La constitution d'une mémoire collective.
- La facilitation de l'insertion des novices dans son sein.
- La création de perspectives et de conditions qui permettent d'accomplir ce qui doit l'être.
- La création d'un environnement rendant le travail plus agréable.

Comme nous pouvons le voir, une communauté se fonde sur le faire, la participation et l'engagement dans une activité commune. Pour que les buts puissent être atteints, il est nécessaire que les membres du groupe s'accordent sur leur sens et déterminent la manière d'y parvenir. Cela ne va pas de soi, entre autres parce que toute pratique comprend une part importante de tacite et d'implicite. C'est le travail mutuel au quotidien qui va permettre l'émergence de ce *sens commun*. Wenger affirme donc que « le concept de pratique met en évidence le caractère social et négocié de l'implicite et du tacite dans notre vie quotidienne » (*Ibid.*, p.53). Il en découle qu'une des caractéristiques premières des CP est la quête et la *négociation de sens* indispensable à la poursuite d'une mission commune.

9.1.1 CP et négociation de sens

La négociation de sens met en jeu le langage, sans pour autant s'y limiter. Les relations sociales y participent, puisque « la *négociation* présume une interaction soutenue, un accomplissement graduel et un échange mutuel » (*Ibid.*, p.59). Nous pouvons ici percevoir comment un sentiment de sécurité psychologique au travail peut ou non favoriser cette démarche par l'implication nécessaire des membres de la CP et la prise de risque qu'elle peut représenter pour eux.

Une expérience de signification est « un processus à la fois historique, dynamique, contextuel et unique » (*Ibid.*, p.60) qui nécessite :

- Une démarche active de production de sens, à la fois dynamique et historique ;
- Une perspective souple et flexible ;
- Une capacité mutuelle d'influencer et d'être influencé ;
- L'inclusion de plusieurs points de vue et facteurs ;
- La conception d'une nouvelle résolution alignée sur la convergence de ces facteurs et points de vue ;
- Un caractère incomplet de cette résolution, qui peut être partielle, éphémère et propre à une situation. (*Ibid.*, p.59)

Le sens de la pratique est donc le fruit d'un processus dynamique, s'élaborant au travers des activités, des interactions. La nécessité de confronter les points de vue et les pratiques peut être une menace pour l'identité tant personnelle que sociale, en remettant en cause les croyances et les valeurs mais aussi la place dans le collectif. La démarche, dans ce qu'elle remue de ce qui semble acquis, évident, est potentiellement source de conflit. En effet, entrer en conflit, c'est reconnaître l'existence de l'autre et intégrer son altérité. La négociation est nécessaire à la sortie du conflit, permettant l'évolution de toutes les parties, si possible dans un sens partagé. Comme le soulignent Picard et Marc (2012), le conflit est ambivalent dans sa signification : il est à la fois facteur de changement, de maturation, mais aussi source de souffrance et de rupture. Il y a donc nécessité de s'y engager mais également obligation d'en sortir. Nous pouvons déjà voir poindre que les enjeux vont être différents pour les NP en cas de dissensions si elles sont toutes nouvelles dans l'équipe, cherchent encore leur place ou si elles ont déjà pu acquérir une position qu'elles estiment plus ou moins confortable. La sécurité psychologique contribue probablement beaucoup à ce sentiment.

9.1.2 Participation / Réification

La négociation de sens passe par la participation et la réification. Pour Wenger, il s'agit des deux parties d'une même médaille, étroitement liées comme nous pouvons le voir dans le schéma ci-après :

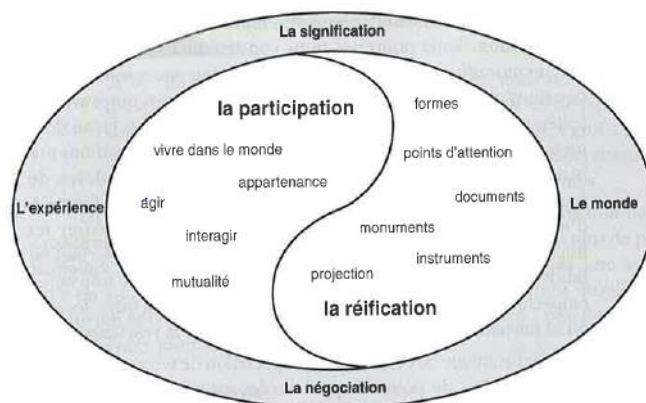


Figure 1.1 La dualité participation-réification

Figure 6 Wenger (1998/2009, p.69)

La participation renvoie à « l'expérience sociale de vie dans le monde, d'appartenance à des communautés sociales et d'engagement dynamique dans des projets collectifs. La participation est donc à la fois personnelle et sociale » (*Ibid.*, p.61). La reconnaissance mutuelle en est une des caractéristiques. Celle-ci n'est pas forcément liée à une parité de statut. En pratique, le sens construit en situation d'inégalité est aussi négocié dans un processus de reconnaissance mutuelle. Dans le cas des équipes soignantes, il existe une pluralité de statuts, hiérarchiquement structurés. La prise en compte de ces différences, de leur interdépendance ainsi que des responsabilités respectives est une source importante de tensions pour les NP dans leur première année, nous le verrons. Pour tout groupe, la question « similitude/différence » est centrale. La pratique s'avère un lieu de mise en évidence de cette dualité, questionnant le rôle et la place de chacun, professionnellement et au sein du groupe. La négociation de sens y est donc incontournable, le conflit pouvant fréquemment en être un point de départ.

De plus, « la participation devient une source d'identité dans cette expérience de réciprocité, car le caractère mutuel de la participation rend possible l'identification à l'autre » (*Ibid.*, p.62). La participation ne se résume pas à la collaboration, car elle contient une part de signification qui transcende le simple engagement dans la pratique : on garde son identité au-delà du cadre contextuel de travail, par exemple. « La négociation de sens se situe dans les diverses formes d'appartenance à des communautés et elle fait partie de notre identité. Par conséquent, la participation n'est pas une chose qu'on peut déclencher ou interrompre subitement » (*Ibid.*, p.63), il s'agit bien d'un processus. Pour une NP, les débuts impliquent une découverte du fonctionnement en collectif. En ce sens, il est probable qu'elles évoluent plus sur un mode de collaboration, centrées sur elles et leurs besoins pour réaliser leur travail. A travers ces échanges, elles posent les premières questions sur les pratiques en cours dans le service en regard de ce

qu'elles ont appris, connus, etc. Ce sont là des premiers pas dans la négociation de sens. La qualité des interactions à ce sujet va faire émerger ou pas un sentiment de SPT, qui probablement va influencer le passage d'une collaboration surtout centrée sur soi à un engagement mutuel vers un but commun. Cette hypothèse est peut-être perceptible dans le fait que dans leurs débuts, les NP ont plus tendance à chercher à s'adapter à leur environnement et aux pratiques en vigueur. Elles les remettent en question surtout à l'extérieur. Dans le service, elles interrogent surtout : « comment on fait ici ? ». Cette formulation de la question sous-entend qu'il y a d'autres possibles, sans pour autant s'engager dans la discussion sur la pratique. C'est dans la deuxième partie de l'année que l'entrée dans la discussion et la négociation de sens semble apparaître plus ouvertement, probablement parce que les NP ont alors acquis une place, et leur expérience, même brève, légitimant un questionnement sur les pratiques. L'encadrement des stagiaires, pour celles qui étaient concernées, y contribue aussi par les allers-retours entre la fonction d'infirmière et de formatrice, générateurs de tensions. Dans les faits, cela n'était pas si tranché, des discussions entre ce qu'elles ont appris, vu et expérimenté durant la formation ont eu lieu dès le début, par contre c'est plutôt la manière de soutenir une position différente qui est moins active initialement que par la suite. Elles se placent plus dans une logique d'être influencées que d'influencer.

La participation ne suffit pas à la négociation de sens. La *réification* en est le pendant. Elle permet de donner forme à une expérience en créant des objets qui la cristallisent (fabriquer, concevoir, représenter, nommer, codifier, décrire, percevoir, interpréter, etc.). « Ces formules concises permettent de synthétiser et de décoder rapidement des événements concrets et complexes » (Wenger, 1998/2009, p.64). La réification est à la fois un processus et un produit. Le partage de l'expérience au quotidien et les échanges qui y sont associés permettent aux membres de la CP de construire du savoir et de le formaliser plus ou moins précisément pour avoir une base stable de références pour son fonctionnement. Cela se remarque entre autres dans les raccourcis de communication spécifique à une CP.

L'*engagement mutuel* est ainsi une composante centrale de la CP. Sans lui, pas de négociation de sens et de détermination d'*une entreprise commune* qui va mobiliser la responsabilité partagée par tous en vue de sa réalisation. Au fil de tout ce processus, la CP se construit un *répertoire partagé* qui comprend toutes les ressources utiles à la négociation de sens. « Le répertoire d'une communauté de pratique comprend des routines, des mots, des procédures, des histoires, des gestes, des symboles, des styles, des actions ou des concepts créés par la communauté, adoptés au cours de son existence et devenus partie intégrante de la pratique » (*Ibid.*, p.91). Il est donc aussi dépositaire d'éléments identitaires importants pour le groupe, il est le reflet de l'histoire de la CP, de son passé qui peut être réinjecté dans de nouvelles situations. Il ne peut, et ne doit pas être figé, puisque les situations changent, évoluent, la communauté se transforme à travers les départs et arrivées des membres, les buts se modifient. C'est un construit évolutif en permanence, qui possède une base commune permettant l'engagement dans un nouveau processus de négociation.

Nous le voyons, ce processus constant de négociation de sens et de détermination d'une entreprise commune permet à la communauté de pratique de se constituer et de se maintenir. Il donne une cohérence à l'activité mutuelle. Cependant, cela ne veut pas dire pour autant que le groupe est homogène. Comme pour la SPT, l'harmonie n'est pas le but recherché, elle pourrait même avoir un effet contraire en limitant la co-construction et les apprentissages pour éviter le risque du conflit. « Les identités créées sont imbriquées les unes dans les autres par l'engagement mutuel, mais elles ne fusionnent pas. Des relations mutuelles d'engagement sont susceptibles d'engendrer autant de différenciation que d'homogénéisation. Par conséquent, l'homogénéité n'est ni une condition ni un produit de la formation d'une CP » (*Ibid.*, p.85). Dans la plupart des équipes de soins auxquelles appartenaient les NP, nous pouvons observer un tournus important de personnel : les NP représentent elles-mêmes des éléments nouveaux. Elles sont arrivées seules ou en même temps que d'autres. Des stagiaires de différentes formations et statuts sont passées pour un temps déterminé. L'expérience des différents membres des équipes pouvait être très variable, etc. Le travail 24h/24, 7 jours/7, auprès d'un même groupe de patients pose l'entreprise commune et la nécessité de la détermination des buts partagés comme un besoin apparemment fondamental. Et pourtant, cela ne va pas de soi.

Avant d'étudier les différentes situations conflictuelles, il paraît utile de définir plus précisément de quoi les conflits sont faits et de la manière dont ils peuvent se catégoriser puisque nous nous y référerons ultérieurement.

9.2 Les conflits : quelques repères théoriques

Nous allons nous référer à Picard et Marc (2012) dans une conception psychosociologique du conflit. « La notion de conflit désigne une situation relationnelle structurée autour d'un antagonisme » (p.7). A son origine, nous trouvons la présence de forces opposées, d'un désaccord, d'une rivalité, d'une inimitié affective. Dans son vécu et son expression, il y a prédominance de l'émotionnel sur le rationnel. Le conflit est ressenti comme négatif et génère de la peur. Dans le processus conflictuel, la colère soulage sur le moment mais elle est perçue comme une perte de contrôle dans un second temps, d'où des sentiments de honte, de culpabilité, d'anxiété. Il est aussi générateur d'angoisse par la peur du rejet, de l'abandon, ou par la crainte de subir des rétorsions. Ceci entraîne l'émergence de mécanismes de défenses interactionnels : précautions oratoires, euphémisation (arrondir les angles), camouflage des émotions en montrant le contraire, agressivité permanente (la meilleure défense est l'attaque). Ceux-ci fournissent une protection illusoire et momentanée.

Pourtant, le conflit est inévitable et peut être utile, voire nécessaire. S'il n'est fondamentalement pas souhaitable, il est inhérent à toute relation, toute activité commune. Il peut être un élément dynamisant du lien, obligeant à le rediscuter : il n'y a parfois pas d'autre voie pour un changement. C'est en ce sens que le conflit implique la reconnaissance de l'autre dans sa différence, dans sa compréhension de la réalité qui remet en question la sienne propre. Si la confrontation à la divergence de points de vue peut être un choc, elle induit obligatoirement une négociation pour que le lien puisse

perdurer tout en évoluant. Cette négociation implique également les structures et les normes du contexte. Le conflit joue aussi un rôle essentiel de maturation au niveau personnel, comme le conflit cognitif qui oblige à remanier les connaissances et à en acquérir de nouvelles pour le résoudre. Le conflit est donc ambivalent dans sa signification : il est à la fois facteur de changement, de maturation, mais aussi source de souffrance et de rupture. Il y a donc nécessité de s'y engager mais obligation d'en sortir. « On peut considérer qu'un conflit est normal quand il reste circonscrit aux enjeux qui l'ont déclenché (défendre ou conquérir un bien, promouvoir ou combattre un projet, confronter des points de vue différents...) » (*Ibid.*, p.11). Les conflits dont nous allons parler sont de ce niveau. Si, à court terme, ils ont occupé l'esprit des NP, ils n'ont pas envahi toute leur vie, les empêchant de travailler et de fonctionner en général.

Les conflits peuvent se catégoriser en fonction des enjeux présents prioritairement dans la relation, ce que nous allons définir brièvement :

- *les conflits d'intérêt* où chacun cherche son avantage personnel. Il y a prioritairement compétition pour la jouissance de biens, de ressources matérielles ou symboliques ;
- *les conflits de pouvoir* où chacun cherche à augmenter son influence et à se défendre de la domination d'autrui. Un rapport de force sous-tend le plus souvent ces conflits ;
- *les conflits identitaires* : Selon Hegel, « la lutte pour la reconnaissance est la dynamique fondamentale des relations humaines et de l'histoire » (Picard & Marc, 2012, p.14). Chacun veut amener autrui à entériner son existence et son identité. La quête de reconnaissance peut se décliner en différents besoins identitaires (valorisation, contrôle du regard de l'autre par exemple) qui se marquent dans un rapport de place. Celui-ci fonde la spécificité de chaque relation mais « il donne aussi une indication précieuse sur l'image revendiquée par chacun dans chaque situation » (*Ibid.*, p.23). L'absence de reconnaissance se manifeste sous forme de déni ou de rejet ;
- *les conflits territoriaux* qui se réfèrent à la notion d'intimité, de territoire protégé, inviolable, qui évite l'envahissement par l'autre (jardin secret, lieu où je peux être moi sans fard, sans risque). Défendre son territoire correspond à défendre l'intégrité de sa personne et de son Moi ;
- *les conflits de relation* où l'objet du conflit est la relation elle-même, sa définition et sa gestion (modalités et structure). Ils peuvent être induits par une confusion des places, une divergence de conception des rapports statutaires et des rôles ;
- *les conflits cognitifs* : où l'objet du conflit est lié aux représentations, aux valeurs, à des raisonnements (biais affectif au raisonnement : généralisation, jugement), à des opinions ;
- *les conflits affectifs* dont la peur d'autrui ou l'attirance, la jalousie, l'envie, etc. en sont souvent les sentiments précurseurs. Ces sentiments n'émergent pas sans raison, la personne leur trouve une légitimité dans son expérience;

- *le conflit culturel* où ce sont la vision du monde, les valeurs, etc. qui sont mises à mal par un autre qui ne les partage pas. « Pour accepter l'autre dans sa différence, il faut aussi accepter de relativiser son propre système de valeurs, ce qui suppose un mouvement de décentration qui peut venir concurrencer et contrer la quête de reconnaissance identitaire inhérente à toute rencontre sociale » (*Ibid.*, p.102-103) ;
- *les conflits au travail* car les relations sont médiatisées par le travail et surdéterminées par le contexte organisationnel dans lequel elles s'inscrivent. « L'identité que l'on revendique au travail est liée au statut professionnel et au rapport de place qu'il induit » (*Ibid.*, p.117).

Les enjeux liés aux conflits et à leur résolution peuvent bien évidemment se mélanger. Nous allons donc voir comment les conflits ou dissensions vécues par les NP ont influencé leur participation à la CP et comment cela a opéré sur leur dynamique identitaire. L'équipe soignante représentant le groupe d'appartenance primaire, c'est par lui que nous allons donc commencer.

9.3 Conflits avec des collègues ASSC

9.3.1 Arrivée et insertion dans la CP des NP

En nous référant au chapitre 6, travailler seule en responsabilité pour la première fois, nous pouvons faire ressortir quelques tendances générales sur la manière dont les NP se sont insérées dans leur nouvelle équipe, qui est leur CP. Elles sont arrivées dans des équipes inconnues, sauf Charline dans son deuxième poste. L'insertion dans la communauté de pratique passe entre autres par la découverte de chaque personne qui la compose, son statut, ses compétences personnelles, etc. Il y a également des relations interpersonnelles à créer avec chacune mais aussi à repérer comment les relations s'établissent entre les différents membres du groupe. Tout cela se construit essentiellement à travers la réalisation du travail quotidien. Dans les débuts, nous l'avons vu, les collègues sont la ressource prioritaire des NP, ce qui implique des échanges multiples sur les pratiques, sur les buts poursuivis. Si, à ce moment-là, les NP visaient essentiellement à s'intégrer dans le groupe, s'y faire une place et être reconnues comme un membre à part entière, nous pouvons voir comment le sens se négocie dans ces échanges. Cependant, les enjeux identitaires étant prédominants, la remise en question et la confrontation des opinions se faisaient peu frontalement. Cela pouvait passer par des échanges à l'extérieur du cadre du travail avec des copines infirmières ou par une interrogation faussement naïve, comme ici Elisa :

Des fois, on fait un peu la bête, mais c'est juste aussi pour qu'ils se rendent compte qu'on s'en sort pas avec les papiers comme ça. (Elisa, E1, p.95)

Les NP ne pouvaient pas risquer leur place, cela tenait autant du bon sens que de la stratégie. D'autre part, nous savons que l'individu a tendance à s'attribuer la valeur qu'il accorde au groupe, d'autant plus quand il est en doute par rapport à lui-même. Dans la dynamique de gestation identitaire avec besoin de confirmation de soi qui étaient

majoritairement celles des NP dans leurs débuts, la force de cette similarité de valeur peut être perçue dans la faible remise en question du fonctionnement et dans la vision très uniforme et égalitaire de l'équipe. Si des critiques étaient émises, elle s'adressait surtout à la hiérarchie, à l'institution.

Une fois plus sécurisées sur leur place, mais aussi à force de travailler au quotidien avec leurs collègues, l'impression d'uniformité dans l'équipe et les pratiques a commencé à se modifier. De la même façon, le mythe égalitaire a été remis en question, entre autres à travers la prise de conscience qu'elles ne portaient pas seulement la responsabilité de leurs propres actes, mais aussi celle des activités des collègues à qui elles ont délégué du travail. C'est dans le travail quotidien, par l'engagement mutuel et la négociation de sens, donc comme membres de la CP, que les NP se sont découvertes, se sont ajustées avec leurs pairs dans le but d'atteindre un but commun. Nous allons donc étudier quelques-uns de ces moments qui ont fait événement dans la clarification de leur rôle, de leurs attentes ainsi que de leur place dans le groupe en regard de celles des autres, mettant en discussion tant leur identité professionnelle que personnelle et sociale. Les questions de pouvoir et de responsabilité mutuelle y étaient très présentes.

Dans le cadre de l'équipe de soins, les désaccords et conflits rapportés concernaient à plusieurs reprises le travail avec des aides-soignantes ou des ASSC, tous deux métiers délégués à l'infirmière. Roxanne, Cléa et Charline furent concernées.

9.3.2 Porter la responsabilité des actes de quelqu'un d'autre

Bien que Roxanne travaille comme diplômée depuis cinq mois, elle n'était membre de sa deuxième équipe que depuis deux mois quand cet événement est survenu : elle a essuyé les remontrances d'une collègue infirmière, connue pour avoir un mode d'expression plutôt brutal. Une patiente quittait l'hôpital et allait être suivie par un service externe. Une lettre de transfert devait donc être remplie. Roxanne avait demandé à l'ASSC avec qui elle travaillait en duo et qui s'était occupée de la dame si elle l'avait faite. Celle-ci lui a dit oui, Roxanne l'a crue sur parole et pourtant, le document n'était pas prêt. Comme Roxanne, par son statut, portait la responsabilité finale de l'ensemble des patients dont elles s'occupaient ensemble, c'est à elle que le reproche a été fait, justifié sur le fond si ce n'est sur la forme. Roxanne était fâchée contre l'ASSC qui lui a menti et n'a pas fait son travail, contre elle-même et contre sa collègue. Elle était aussi vexée d'avoir été prise en tort, alors qu'elle avait le sentiment d'avoir rempli son rôle :

Maintenant, ça veut dire, par rapport à ça, quand je travaille avec cette ASSC-là, je suis obligée de vérifier tout, tout, tout, tout parce que si y a un truc qu'est pas fait, c'est de ma responsabilité. Donc, même si elle me dit : « j'ai fait la remise de service », je dois aller ouvrir l'enveloppe, lire ce qu'elle a écrit dedans et savoir si c'est correct ou pas. (Roxanne, E3, p.181)

Nous le voyons, cette situation met en question la confiance préalable qu'elle avait accordée à cette personne et lui fait aussi réaliser pleinement la responsabilité qui est la sienne dans cette collaboration. Durant la formation, elle avait étudié la différence des

rôles, la délégation et la supervision, etc., mais c'était resté des notions surtout théoriques. A notre grande surprise, cela se révéla vrai pour toutes les NP. Malgré les stages qui leur avaient donné l'opportunité de travailler avec des professionnelles de différents niveaux, malgré leurs connaissances sur le sujet, il semble qu'il leur était très difficile d'intégrer cela. Était-ce lié à tout le questionnement et aux doutes face à leur propre rôle en voie d'acquisition ? Il est probable que les contours partiellement définis de leur propre identité professionnelle ne permettaient qu'une vision parcellaire de celle des autres. Les débuts dans la prise de poste étaient marqués par la conscience de leur responsabilité. Ces événements conflictuels avec les ASSC l'ont élargie : s'y greffait en plus la notion de partage des responsabilités ainsi que de porter la responsabilité des actes de quelqu'un d'autre.

Pour Roxanne, cet événement a donc été très significatif pour la compréhension de son propre rôle et son insertion dans la CP. En effet, elle a commencé à solliciter ses collègues pour savoir comment elles travaillaient avec les deux ASSC du service :

Elle [une infirmière] m'a dit : « par rapport à celle qu'est là depuis longtemps, je lui fais assez confiance, je lui dis : toi, tu vas faire ça, ça, ça, moi je ferai le reste, et après je recontrôle pas. J'ai assez confiance. » Mais elle m'a dit : « par contre, si je travaille avec l'autre [celle de cette situation], je revérifie tout. » Parce qu'elle a fait deux, trois bourdes depuis qu'elle est arrivée et ça fait qu'ils ont pas forcément confiance en elle. (Roxanne, E3, p.181)

Ces échanges lui ont permis à la fois de comprendre leurs rôles respectifs, le partage des responsabilités lié à un statut mais aussi aux compétences spécifiques des personnes. Les stratégies sur la manière d'interagir dans le travail au quotidien pour atteindre leurs buts font également l'objet de discussion. Nous nous trouvons en plein dans la négociation de sens, tant des buts que de la manière de les atteindre. Pour Roxanne, c'est l'occasion d'apprendre le fonctionnement d'une CP soignante en général, et de la sienne en particulier.

Stratégies de résolution du conflit sur le moment

Roxanne a signalé à l'ASSC ce qui s'était passé et sa colère d'avoir eu à endosser la responsabilité de son mensonge. Par la suite, malgré plusieurs discussions suite à d'autres incidents, la situation ne s'est pas améliorée. Roxanne a donc continué à contrôler derrière elle :

Ça fait vraiment police mais je me dis, si y a une erreur, c'est de ma faute en gros, donc je préfère qu'elle m'apprécie pas trop et qu'y ait pas d'erreurs que l'inverse. (Roxanne, E4, p.182)

Elle n'aimait pas ce qu'elle était obligée d'être :

Pour contrôler je dois quand même être là. Mais j'ai pas l'impression d'être une bonne infirmière dans ces situations. J'ai l'impression d'être une cloche qui va juste vérifier, contrôler et une fois que tout est réglé, c'est bon, je me tire. (Ibid.)

Nous le voyons, la négociation sur le mode de fonctionnement et sur les attentes de précision dans le travail s'est avérée inefficace. De ce fait, Roxanne se trouve en position de devoir choisir : maintenir une certaine zone de confort dans la relation quitte à ce que des erreurs soient commises ou entrer dans un rapport de pouvoir où elle vérifie tout derrière l'ASSC pour ensuite en assumer la responsabilité de manière sécuritaire. Elle fait ce second choix, parce que ce qui prime pour elle, c'est que le travail soit bien fait, les patients bien soignés et qu'on ne lui fasse pas de reproche. Son idéal ainsi que sa normativité l'y poussent. Même si le résultat est peu satisfaisant puisque nous pouvons imaginer que toutes les deux se retrouvent avec une mauvaise image d'elles-mêmes, les priorités pour Roxanne sont claires et lui permettent de supporter cette posture. En plus, il est fort probable que le regard que cette ASSC pose sur elle compte peu comparativement à celui de ses collègues infirmières. Ne pas remplir correctement son rôle entraînerait un conflit identitaire alors qu'elle a besoin d'être reconnue et d'avoir une place. Cet événement aura aussi des répercussions par la suite, entre autres dans l'encadrement des stagiaires : le doute était là et dorénavant, elle allait attendre que les gens lui démontrent qu'ils le méritent avant de leur faire confiance.

Ce qui l'aide également, c'est que, comme nous pouvons le voir à travers les dires de sa collègue ci-dessus, son attitude est validée par le restant de l'équipe. Elles ont été confrontées aux mêmes difficultés, ont réalisé les mêmes observations et ont les mêmes doutes quant à cette personne. La construction collective issue de l'expérience commune est là patente. Nous pourrions nous interroger jusqu'à quel point cette ASSC n'était pas devenue un bouc émissaire de l'équipe, cependant les erreurs étaient réelles :

C'est vrai que ça parle beaucoup dans son dos. Mais en même temps, je crois que c'est pas forcément méchamment, c'est que les gens ils ont besoin de s'exprimer pour être entendus parce qu'elle fait tellement des bourdes, mais on lui dit aussi à elle. Je pense qu'ils ont besoin de se sentir écoutés et soutenus par les autres parce que quand tu travailles avec, c'est vraiment pénible parce qu'elle fait vraiment connerie sur connerie si je peux dire. (Roxanne, E4, p.182)

Il est très intéressant d'observer le discours de Roxanne. Les membres de l'équipe sont *les gens, ils, tu, etc.* Elle est à la fois dans la solidarité et dans une position extérieure où elle les comprend, et finalement elle est membre du groupe. Toutes les questions qui se posent en regard de cette situation et de sa place à elle dans l'équipe sont là. Elle est et à l'intérieur et en périphérie du groupe, impliquée et en position méta d'analyse du fonctionnement. Le fait qu'elle soit au tout début dans le groupe y contribue certainement. Les échanges sur cette situation à la fois l'aident dans sa propre pratique et l'inscrivent dans le groupe. Sa SPT et son sentiment d'appartenance à la CP se construisent fortement dans ces moments.

Stratégies de résolution de conflit à plus long terme

Pour tenter de résoudre le problème, l'équipe a élaboré une stratégie commune. Cette ASSC avait commencé dans le service un mois avant Roxanne. Elle venait d'avoir son bilan des trois mois où l'ICUS lui avait signalé une ou deux choses à améliorer, du type

usage d'un vocabulaire professionnel, mais bien loin des erreurs, manques et mensonges signalés par l'équipe. Les infirmières ont donc décidé, quand elles planifiaient le travail du lendemain, d'adjoindre l'ASSC à l'ICUS afin qu'il se rende compte par lui-même de l'ampleur du problème. Cela ne fut malheureusement pas efficace :

Je pense pas que c'est quelqu'un qu'est incompetent, je pense qu'il est trop atteint affectivement par la situation. Quand il voit qu'on est un peu tous contre elle, je pense que ça l'atteint, alors au lieu de remettre l'église au milieu du village, il la prend sous son aile et il la soutient. Mais ça résout pas le problème. (Roxanne, E6, p.183)

Du point de vue de l'équipe, l'ICUS a pris le parti de l'ASSC, non pas en rendant l'équipe responsable de la situation mais en ne faisant rien pour améliorer le fonctionnement de cette personne et du travail collaboratif. La solidarité entre les infirmières de l'équipe leur permettait de supporter le travail avec cette personne, le bon travail de l'autre ASSC accordait à sa profession du crédit, renvoyant le problème à la personne elle-même. Leurs attentes face à l'ICUS étaient déçues, mais d'autres éléments dans sa manière de travailler auprès des patients, de gérer les horaires ou certains problèmes avec les médecins (comme nous l'avons vu dans le chapitre 8) lui laissaient sa légitimité.

Pour Roxanne, qui avait comme projet de devenir ICUS, l'observation de sa gestion l'a conduite à clarifier la manière dont elle concevait cette fonction et comment elle pourrait la mener :

Je l'encadrerais beaucoup plus si j'étais l'ICUS, mais vraiment, et je lui mettrais deux patients gérables et je lui les changerais pas trop souvent. En début, ce serait presque une prise en charge d'une stagiaire, mais qui lui donne les moyens d'avancer. Parce qu'en faisant comme il fait, en laissant tout couler, elle a aucun moyen de reprendre le dessus et elle a aucun moyen de s'améliorer. (Roxanne, E4, p.182)

Il est à relever que tout ce qu'elle propose répond à un défaut de connaissances et de compétences de l'ASSC et n'intervient pas sur les problèmes de collaboration. Toutefois, il est évident que, pour qu'un travail en commun dans un espace professionnel soit possible, des compétences individuelles doivent être présentes. A travers son observation de cet événement et de ses suites, Roxanne a précisé son projet futur. Il s'est donc avéré majeur pour la compréhension de la responsabilité, des risques qu'elle était prête à prendre pour l'assumer (faire confiance d'emblée et attendre que la personne ait fait ses preuves), pour comprendre la manière dont l'équipe gérait la collaboration en fonction des compétences spécifiques de chacune. La négociation de sens, la constitution d'un répertoire commun, l'engagement mutuel est bien présent, dynamique, évolutif. Le conflit, porteur de vexation et de colère, est suffisamment fort pour nécessiter une parole explicite et ouverte pour tenter de le résoudre. Roxanne se retrouve impliquée, membre de la communauté dans le cercle central, alors que l'ASSC se trouve dans une position de rejet.

9.3.3 Conflit de valeurs et de pouvoir : les risques du positionnement

C'est également avec une ASSC que Cléa s'est sentie en conflit dans le courant de cette première année. Nous appuyons sur « s'est sentie », car si elle s'est retrouvée très fréquemment en colère, le conflit n'a pas été traité explicitement avec cette personne. Cléa a surtout tenté de manifester sa colère de manière non verbale. Rappelons-nous qu'elle disait :

Je suis aussi très réceptive au regard des autres, je peux pas être en conflit avec les gens, je peux pas supporter un jugement de quelqu'un sur moi. Pour moi, il faut que ça joue, que ça roule et voilà. Je supporte pas d'être en froid avec quelqu'un ou qu'elle me dévalorise, c'est quelque chose qui me tue à l'intérieur. (Cléa, E2, p.59)

Le conflit est étroitement lié à un regard négatif sur elle, donc à l'altération d'une confiance en soi déjà fragile. Pour elle qui avait tant besoin de se sentir une infirmière comme les autres, acceptée professionnellement et personnellement, nous voyons bien la menace que représente un conflit ouvert. Pourtant, lors de cet événement, ce n'était pas elle qui était en tort, donc elle n'était pas le mauvais objet. Mais elle était l'infirmière qui a à se positionner face une collègue d'un statut inférieur, donc qui utilise son pouvoir. Même si c'était légitime, la difficulté était grande pour elle. Mais reprenons du début :

Là où j'ai eu une difficulté, c'est quand ta propre collègue infirmière, enfin cette ASSC, fait une connerie ou qu'un patient se plaint de cette personne-là. Et ben, c'est pas drôle et pis, quand on vient d'arriver dans une équipe et qu'on est finalement encore toute jeune, et qu'on n'a pas les épaules pour se confronter... ouais, enfin, c'est pas évident. Moi j'avais eu un patient qui, devant moi et une collègue, avait dit que l'ASSC l'avait maltraité, lui avait pas donné l'urinal pendant la nuit, l'avait bousculé, enfin il avait sorti plein de choses, que voilà, je pense que c'était vrai parce que connaissant la personne, c'est pas la première fois que j'entends ça. Je pense que c'était vrai et j'étais là quand ça s'est passé, il a sonné, elle est allée ouvrir la porte et ça a été un laps de temps trop court pour que ça fonctionne comme ça aurait dû se passer, enfin j'en déduis qu'y avait réellement eu un truc. Mais là, on fait quoi ? On dénonce ? On parle à qui ? (Cléa, E4, p.70)

Cet événement est arrivé entre la 24^{ème} et la 32^{ème} semaine de Cléa dans le service, elle n'était donc plus toute nouvelle. Pourtant, visiblement, elle se sent encore vulnérable : si elle est de manière générale à l'aise dans l'équipe, elle semble penser qu'elle pourrait rapidement perdre ce qu'elle a chèrement acquis. S'il y a de la SPT, elle est visiblement fragile. Cela semble toutefois plus dépendre de ses projections induites par son manque de confiance en elle que de l'attitude effective de ses collègues qu'elle a eu l'occasion d'expérimenter. Il est à relever que cette ASSC est celle qui essaiera de « l'enfoncer » quelque temps plus tard quand Cléa commettra l'erreur de retirer un drain thoracique. En ce sens, sa méfiance vis-à-vis de cette personne paraît légitime.

Le comportement de l'ASSC s'oppose aux valeurs professionnelles de Cléa. La bienfaisance vis-à-vis du patient est pour elle centrale. Cette maltraitance est donc tout à fait inacceptable et génère un conflit de valeurs. Le temps passé dans le service lui a

permis d'avoir une représentation de cette collègue qui explique qu'elle ne met pas en doute la parole du patient, cet événement devient même une confirmation d'autres bruits qu'elle avait déjà entendus. Dans ses débuts, quand elle parlait de l'équipe, Cléa utilisait presque exclusivement un « nous », intégratif, unitaire. Il est là patent que cette ASSC ne fait pas (plus) partie du « nous ». Ne pas rentrer dans le conflit avec elle empêche la négociation de sens et de fonctionnement qui serait une étape importante de la participation à la CP. En plus, Cléa n'était pas seule quand elle a recueilli les doléances du patient, elle aurait donc pu réagir de manière concertée avec sa collègue.

Répercussions de l'événement : reconnaître les différences de statuts

Les dissensions avec cette ASSC ont quand même eu comme effet important d'obliger Cléa à observer l'équipe avec plus de recul, en reconnaissant des différences et donc sa propre singularité. Un des éléments les plus difficiles pour elle était d'assumer le pouvoir inhérent à son statut face à d'autres membres de l'équipe. L'ASSC en question était en fait une aide-soignante, ancienne du service, qui était en formation pour devenir ASSC. Si elle ne possédait pas le statut, Cléa lui reconnaissait son ancienneté, une forme de pouvoir liée à sa connaissance du service et du fonctionnement. Entre son histoire personnelle et son pénible vécu de stagiaire, Cléa avait tendance à se percevoir en position de fragilité, voire d'infériorité face aux autres. Il en résultait qu'elle avait un regard négatif sur le pouvoir, le plus souvent perçu sous l'aspect de force et de domination. De ce fait, elle avait de la peine à assumer son propre pouvoir :

Elle [l'ASSC] fait son boulot et moi après j'ai la responsabilité que ça roule, et elle vient me rendre compte de ce qu'elle a fait. Pour moi, c'est ça. J'ai pas travaillé dans d'autres équipes, mais chez nous ça fonctionne bien comme ça. Mais je pense qu'ailleurs ça doit être le pétchi parce qu'y a toujours ce rapport supérieur-inférieur, et y a des gens qui se complaisent mal dans leur rôle, je pense qu'y a des frustrés de la vie professionnelle. (Cléa, E2, p.69) [...] Au niveau des statuts, d'être infirmière, ben voilà, moi, c'est pas ce qui m'a fait péter plus haut que mon cul ! (Ibid., E4)

Nous pourrions comprendre ici qu'avoir plus de pouvoir équivaut à se croire supérieure, donc orgueilleuse et arrogante. Plus qu'à la responsabilité professionnelle, cela renvoie à des traits de caractère négatifs, voire honteux. Avec cette conception, se positionner dans son rôle face à l'autre devient donc difficile, voire impossible, par l'image négative de soi qui y est associée. Cléa allait d'ailleurs parfois jusqu'à inverser les rôles :

Je fais avec elle [l'ASSC] parce que, de toute façon, je peux rien lui déléguer vu qu'elle fait tout sauf les I.V., donc c'est plutôt elle qui me les délègue. (Cléa, E2, p.69)

Il ne s'agissait pas du tout dans son esprit de se décharger de sa responsabilité, mais bien plutôt de ménager les relations interpersonnelles, principalement sur un plan affectif. Tout semble donc se mélanger, générant une importante confusion des rôles. La parité, une hiérarchie horizontale semble le seul mode organisationnel envisageable.

Lors de la plainte du patient, l'attaque aux valeurs et le conflit surtout interne sont suffisamment forts pour contrebalancer les enjeux d'un conflit de pouvoir. Si à ce moment-là elle n'était pas capable de l'assumer ouvertement, elle était toutefois obligée de remettre en question sa vision idyllique de l'unité de l'équipe et de commencer à prendre plus en compte la diversité. Au niveau de sa propre identité, cet événement est donc important puisqu'il exige qu'elle définisse davantage qui elle est dans ce groupe, qui sont les autres et comment cela influence les interactions. Nous pouvons bien faire l'hypothèse que ce moment de la plainte du patient n'est pas un surgissement absolu dans sa croyance en l'harmonie de l'équipe, d'ailleurs elle-même signale avoir déjà *entendu des bruits*. Ce qui change, c'est qu'elle est obligée de prendre en compte les voix discordantes, elle ne peut plus faire semblant, ce qui équivaldrait à tolérer le traitement subi par le patient. L'événement génère ainsi une rupture, d'abord liée à l'ASSC en particulier, puis dans sa croyance en un fonctionnement uniforme de l'équipe fondé sur les mêmes valeurs.

Stratégies de résolution : un constat d'impuissance

Si Cléa n'est pas entrée en conflit avec l'ASSC, elle a toutefois discuté de la situation avec d'autres collègues. Ces échanges participent pleinement de la dynamique de la CP. Dans ce qu'elle en dit, il ressort quand même l'impression de quelque chose de vain, d'un sentiment d'impuissance :

Je disais : « mais y pas quelqu'un qui peut dire quelque chose, que ce patient se plaint à cause d'elle, c'est pas la première fois et que nous on n'en peut plus non plus. » Et elles me disaient : « alors écoute, tu peux attendre encore longtemps parce que ça fait des années que ça se dit et y a personne qui fait rien. Ou du moins, ça se dit haut et fort et la cheffe a des œillères, elle veut rien savoir parce qu'elle aime pas les conflits alors elle veut pas rentrer en conflit, et on voudrait pas bousiller la synergie de l'équipe, etc. » (Cléa, E5, p.70)

Il est intéressant de relever comment, dans son discours, la responsabilité n'est pas portée collectivement, chacune semblant compter sur l'autre pour faire quelque chose d'efficace, autrement que juste en parler entre elles, hors de la présence des personnes-clés (l'ICUS et cette ASSC). Le problème est renvoyé à l'ICUS en priorité, elle qui sait mais ne veut pas agir. Par rapport à la situation de Roxanne, la manière de réagir est donc bien différente et un reflet des différences de fonctionnement entre deux CP qui pourtant appartenaient au même département de médecine de la même institution. Finalement, le reproche fait à l'ICUS de ne pas vouloir entrer dans le conflit pour ne pas altérer la dynamique d'équipe (sous-entendue bonne) peut être vu comme une projection. Il peut également s'agir d'une manière pour Cléa de se dédouaner de son inaction. La différence, c'est que l'ICUS statutairement est responsable de la gestion d'équipe. Dans les propos de Cléa, le reste du groupe soignant semble uni contre l'ICUS et l'ASSC. La possibilité que toutes les deux deviennent des boucs émissaires pour les problèmes rencontrés par l'équipe est donc bien présente, ce d'autant plus quand les attentes affectives dans les relations interpersonnelles sont aussi fortes. Le clivage, entre les bons qui s'entendent

bien et travaillent bien, et les deux qui empêchent le bon fonctionnement trouve là un bon terreau.

Toutefois, la lecture de la situation n'était pas si catégorique et uniforme pour toutes les infirmières. Cette ASSC ne réalisait pas sa part du travail et se plaignait fréquemment :

Comme j'en ai parlé à l'équipe, certaines personnes m'ont dit : « mais écoute, tu t'en fous. » Des fois, ils rigolent parce qu'ils disent que je prends trop sur moi. Au lieu de supporter ce genre de plaintes, je prends sur moi la chambre, comme ça j'ai pas de problème. Mais finalement c'est pas juste, pourquoi ce serait moi qui devrais me culpabiliser pour elle. (Cléa, E5, p.71)

Cléa, entre son idéalisme, son besoin de perfection et l'évitement du conflit ouvert, prend tout à son compte et se retrouve surchargée, d'autant plus dans les périodes où l'activité globale du service est élevée. D'ailleurs, elle présentait des douleurs dorsales depuis un certain temps. Ses collègues, plus expérimentées, essaient de l'aider à nuancer, à prendre en compte que l'engagement dans l'activité n'est pas identique pour tout le monde. Visiblement, la belle unanimité annoncée n'est pas si évidente, même si la problématique avec l'ASSC est effective. Cet « absolutisme » dans le discours qui est en discordance avec les vécus individuels pourrait être compris comme une forme de résistance face à une réalité qui ne correspond pas à ses attentes.

Cléa signale également qu'elle culpabilise à la place de sa collègue : de quoi parle-t-elle, par rapport à qui, à quoi ? Vraisemblablement qu'il s'agit du patient qui pour elle doit toujours obtenir le maximum. Mais c'est aussi un indicateur qu'elle porte la responsabilité des actes de quelqu'un d'autre. Il en résulte une culpabilité mal placée et de la rancœur, de la colère vis-à-vis sa collègue. Aucune des deux n'en tire donc bénéfice, et elles s'enferment dans un cercle vicieux.

A ce stade-là de son développement professionnel, Cléa ne peut pourtant pas remettre en question un certain jusqu'au-boutisme dans sa manière de concevoir le travail. Pourtant, elle s'est déjà rendu compte, dans la première partie de l'année, que certaines collègues en faisaient un peu moins qu'elle pour un résultat pourtant satisfaisant :

Je fonctionne avec une perfection je pense où il faut que mon patient soit ripoliné, qu'il brille dans son lit, mais ça peut en être épuisant ou frustrant parce que des fois je me dis : « mais merde, pourquoi je mets tous ces efforts là-dedans et je vois qu'y en a qui font pas la moitié de ce que je fais et ça va aussi. » (Cléa, E3, p.63)

Sa différence dans l'engagement dans l'activité va peser jusqu'à la fin de l'année. Cela prit davantage d'ampleur dans les situations de patients atteints de cancer où elle se positionnait à la fois comme soignante et comme fille d'un parent malade, nous y reviendrons. Sa place dans cette CP s'en est trouvée discutée en fin d'année:

Ces temps je peux pas cacher, je suis très frustrée et je peux pas dire que j'ai pas pensé une fois à changer carrément de service ou d'équipe ou de milieu, enfin de spécialisation. (Cléa, E5, p.71)

La question du sens de l'activité, surtout dans la manière d'atteindre le but commun, se pose pour elle à titre individuel et collectif, interrogeant autant le mouvement d'elle vers les autres que des autres vers elle. Jusque-là, pour elle, la bonne référence était son fonctionnement même s'il existait quelques doutes et elle s'attendait à ce que tout le monde fasse pareil. Derrière la question de rester ou de partir, nous pouvons imaginer qu'il y a une discussion de cette pseudo-évidence pour observer d'autres manières de s'engager et, ainsi, envisager une adaptation de sa façon de s'investir qui s'avère énergétiquement trop coûteuse. Mettre la question sur la table pour en faire un vrai objet de négociation semblerait donc un passage nécessaire, plus profitable que d'y réfléchir seule dans son coin.

9.3.4 Impact de la gestion institutionnelle sur la CP

La collaboration avec les ASSC a été une source importante de questionnement pour Charline dès son arrivée dans le service de psychiatrie, son deuxième poste, nous l'avons vu au chapitre 7. L'encadrement d'une apprenante ASSC, où la question du niveau de chaque profession et formation se posa avec acuité, généra un malaise important chez elle par sa perception de l'infériorité des ASSC :

Je sais pas jusqu'à quel point je peux dire des choses sans que ce soit vraiment péjoratif pour leur formation en fait. (Charline, E3, p.40)

Elle se sentait très bien dans l'équipe, l'atmosphère entre les soignantes était plutôt détendue, avec des relations interpersonnelles chaleureuses. Pour certaines personnes dont elle faisait partie, les liens débordaient dans le cadre privé. Après son expérience de solitude dans une équipe dont elle ne maîtrisait pas la langue, cela se révélait particulièrement appréciable et réparateur. Son respect pour chacune de ses collègues ainsi que l'affection ressentie entraient en porte-à-faux avec cette perception d'infériorité des ASSC sur le plan professionnel. Le positionnement sur le travail peut être menaçant pour les liens interpersonnels, nous le voyons. Elle parla souvent de ce questionnement dans nos entretiens, mais elle ne voyait pas comment l'aborder dans l'équipe. Nous retrouvons autant ce qui est signalé par Wenger que par Edmondson : CP et SPT ne nécessitent et ne profitent pas de l'harmonie et du confort. Ceux-ci peuvent devenir des freins à l'apprentissage en étouffant la discussion sur ce qui pourrait fâcher, que ce soit les compétences, la manière de fonctionner ou les objectifs communs.

Cependant, comme les autres NP, Charline avait un haut idéal de sa profession et ne pouvait complètement se taire. Les aspects qu'elle percevait comme déficitaires chez les ASSC concernaient essentiellement la réflexivité et la vision d'une situation dans toute sa complexité. Elle se sentait alors tenue d'intervenir, l'enjeu portant surtout sur la manière de s'exprimer :

Mais après c'est vrai que je m'entends bien avec tout le monde dans cette équipe et, des fois, c'est difficile de dire, enfin moi j'arrive à dire : « je pense que ça va pas aller parce que, tu te souviens, y a eu ça. » J'essaie toujours de tourner le truc pour ne pas dire : « écoute ça va pas parce que ça. » J'essaie de dire : « tu te souviens, y a eu cette histoire, je pense pas que ce soit une bonne idée. » J'essaie toujours de

pas trop m'affirmer je pense pour pas que je passe pour : « purée, tu te prends pour qui ! » (Charline, E3, p.40)

Charline était depuis quelques semaines dans le service comme infirmière diplômée, même si elle connaissait la majeure partie des membres de l'équipe depuis plus longtemps. Face à des ASSC plus âgées et expérimentées qu'elle, nous voyons bien la crainte qu'elle a de donner l'image d'une personne prétentieuse, qui se croit supérieure. Son identité a besoin d'être confirmée et ce serait contre-productif de donner cette impression, d'autant plus qu'elle était tout à fait respectueuse des personnes elles-mêmes et de leurs compétences en général. Elle appréhendait aussi que ses paroles puissent être ressenties comme du mépris. Charline se comporte en membre de la CP, impliquée autant dans les échanges sur le sens du travail, que sur la manière de le faire. La négociation de sens est manifeste, ainsi que la construction d'un répertoire partagé par l'articulation entre expériences passées et présentes. Par contre, il n'y a pas de négociation sur la collaboration entre statuts différents, ce qui serait un élément de reconnaissance important. Sa manière de s'exprimer ne vise pas la négociation, mais utilise les techniques d'entretiens apprises pour éviter d'agresser et/ou d'éviter le conflit.

Ces situations critiques généraient surtout un conflit interne, parfois aigu, chez Charline. Ce fut particulièrement le cas quand elle surprit un collègue qui ne respectait pas le cadre thérapeutique qui avait été déterminé par l'équipe. La cohérence de l'attitude des soignants était indispensable à la prise en charge d'une patiente déficiente mentale qui s'automutilait. Le respect rigoureux des règles strictes définies en était la pierre angulaire. Globalement, il y avait adhésion mais deux ou trois personnes rencontraient plus de difficultés. Par exemple, cette jeune femme ne mangeait pas seule car on ne la laissait pas tenir une fourchette [risque d'automutilation]. Pourtant quand Charline entra un soir dans la chambre, elle la trouva la fourchette à la main, son collègue à côté d'elle :

C'est un aide-soignant qui est en train de faire ASSC maintenant en une année, et j'ai l'impression que, comment dire, il se rend pas compte du réel danger en fait que elle, elle peut être autant pour nous que pour elle, en fait... Et elle ne doit même plus savoir sur quel pied danser après, et ça, ça me dérange. Mais le problème c'est que c'est quelqu'un avec qui je m'entends bien, et je pense qu'il le prendrait très mal si je fais une remarque, vraiment très mal. (Charline, E6, p.46)

Elle a pris la fourchette de la patiente mais en utilisant des stratégies de détournement d'attention pour ne pas nommer directement l'erreur face à son collègue. Par la suite, elle a discuté de cette situation avec d'autres infirmières, en parlant du respect relatif du cadre de manière générale, sans désigner personne en particulier. Cet échange a permis la négociation de pratique et l'équipe a pris une décision car le constat de Charline était partagé : dans les phases critiques, cette patiente ne serait plus confiée à des stagiaires en raison de la difficulté à gérer le cadre et de sa dangerosité. Néanmoins, tout n'était pas pour autant résolu pour Charline : pour des étudiants de passage, l'applicabilité est simple, mais comment l'expliquer à un membre de l'équipe en formation intégrale dans ce lieu où il restera par la suite ? La question restait épineuse, et elle se sentait tiraillée entre la qualité des soins et les enjeux interpersonnels.

Management du personnel et impact sur la communauté de pratique

Les options institutionnelles n'étaient pas étrangères à ce que vivait Charline. En effet, comme sa cheffe le lui avait signalé, les deux professions étaient considérées comme identiques. Si les deux professions sont donc de même niveau, quand les ASSC ne peuvent pas assumer une activité parce qu'ils n'ont pas les compétences de le faire, ceci est perçu comme un manque de leur part, une insuffisance, alors qu'en fait, cela n'est que normal en regard du cahier des charges qui est le leur. Nous voyons donc comment les options institutionnelles altèrent la compréhension des rôles et de la collaboration entre des professionnelles de statuts asymétriques mais complémentaires. Pour Charline, qui de façon théorique n'avait déjà pas très bien cerné ces différences, cela générait un conflit de pouvoir pour des raisons qui n'auraient pas eu lieu d'être. Elle concevait la relation presque exclusivement en termes d'infériorité et de supériorité :

Dans notre équipe, y a vraiment des très bons ASSC qui pourraient prétendre à un niveau supérieur et d'autres qui sont plus limités en fait. Donc c'est vrai que j'ai moins de problèmes avec les autres qui sont supérieurs. (Charline, E6, p.46)

Quand elle les décrivait, ceux qui étaient *limités* démontraient les compétences attendues d'ASSC. Il n'y avait donc pas de limites, c'était la mesure étalon qui n'était pas positionnée au bon endroit. Cela influençait les relations interpersonnelles qui restaient toutefois bonnes parce que Charline était sincèrement respectueuse des personnes et reconnaissait leur expérience dont elle bénéficiait. C'était surtout au moment des rapports, lors des échanges en équipe sur les situations de soins qu'elle rencontrait ces difficultés. La SPT bien présente dans l'équipe et le temps pour pouvoir discuter permettaient de temporiser, cependant la collaboration et les différences de statuts n'étaient pas des objets de négociation de sens. Par contre, nous pouvons nous interroger sur l'impact que cela peut avoir sur la construction de l'identité professionnelle, avec des contours rendus incertains par l'organisation.

Nous allons étudier maintenant les conflits et désaccords entre pairs et/ou avec la hiérarchie.

9.4 Conflit entre pairs et/ou avec la hiérarchie directe

Les NP ont décrit moins de conflits entre infirmières. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y avait pas de dissensions, mais il semble qu'elles les mobilisaient moins affectivement ou en tout cas qu'elles les ébranlaient moins. Si elles avaient des doutes sur une manière de faire ou de comprendre, l'égalité de statut permettait plus facilement d'entrer dans la discussion. Par contre, il est évident qu'elles ne le faisaient pas n'importe comment, car elles avaient besoin des anciennes et elles les respectaient véritablement. Cela induisait une certaine réserve dans la manière d'aborder les points de divergence, à la fois pour ne pas heurter et ne pas mettre leur place en danger et parce que, par leur jeunesse, elles doutaient quand même de leurs perceptions. Elisa, Agathe et Charline l'ont particulièrement rapporté, ce sont même des retours qu'elles ont eus en fin d'année. Vu les compétences démontrées, leurs ICUS respectives les ont incitées à plus se positionner :

Le truc à améliorer, c'est que je dois faire plus confiance à mon jugement, mais bon ça je l'avais un peu mis dans mon autoévaluation [du bilan de fin d'année], parce que c'est vrai que quand j'ai des infirmières qu'ont plus d'années d'expérience que moi, c'est vrai que j'ai tendance des fois à même pas proposer quelque chose qui pourrait être pertinent. Elles [les ICUS] m'ont dit : « mais des fois tu t'écrases ou tu vas pas au bout de ce que tu proposes parce que, les autres, elles te rentrent un peu dedans et ça c'est dommage alors que ça pourrait être bien, ça pourrait être pertinent, faut y aller en fait. Le but c'est pas qu'ils te râpent dessus, c'est vraiment que c'est une discussion et que ça apporte quelque chose finalement. » [...] C'est plutôt un manque de confiance. Peut-être que j'ose pas... non vraiment j'ose pas en fait, j'ai peur de ce qu'elles vont peut-être me dire (rire). C'est vraiment plutôt dans le sens que j'ai pas confiance et que mon projet, elles vont me le démonter. (Charline, E6, p.55)

Nous pouvons voir dans le propos de Charline une inversion des rôles par rapport à ce qu'elle décrivait concernant les ASSC où c'était elle qui était en position de force et « démontait » leurs propositions, non pas pour utiliser son pouvoir, mais bien par conviction de la pertinence de son point de vue. Face à ses pairs expérimentées, dans le doute, elle préférerait parfois ne pas prendre le risque de proposer une image négative d'elle-même à des collègues qu'elle estimait et qui l'estimaient. Entrer dans le débat a là clairement une connotation identitaire où la reconnaissance et la place sont en question. Toutefois, cela n'arrivait que *parfois*. Il aurait été intéressant de plus investiguer les caractéristiques de ces situations-clés, ce qui n'a malheureusement pas été fait. En effet, la SPT de Charline était forte, elle se sentait bien tant dans l'équipe que dans l'activité. Elle avait une bonne confiance en elle, un fort sentiment d'efficacité personnelle, et pourtant cette entrée dans le débat était menaçante. Cela démontre que la SPT n'est pas un acquis, une fois pour toutes, mais qu'elle se rediscute en permanence, de même que la place au sein de la CP. Donc, nous pouvons bien imaginer le frein, voire l'impossibilité de cette mise en danger quand la situation se passe moins bien, comme chez Sabina.

Ces moments de débat sont probablement majeurs pour la NP et la CP en ce qu'ils remettent en question le fonctionnement habituel, le répertoire partagé (issu des expériences antérieures) et obligent à l'entériner ou à le faire évoluer. Si nous nous référons à Clot (2006a), ce sont des moments où le genre professionnel se rediscute en regard des styles professionnels des membres de l'équipe. C'est là que se joue la négociation de sens, l'explicitation de la pratique. Tout le groupe est donc concerné, la NP peut être perçue et se percevoir comme le grain de sable qui vient enrayer une machine qui fonctionne bien. Wenger (1998/2009) parle de discontinuité intergénérationnelle inhérente à la vie de la CP dans laquelle se mélangent plusieurs générations. Dans les soins, où le pourcentage de personnel étranger est important, s'ajoutent en plus des phénomènes culturels (personnels, mais surtout professionnels) qui accroissent la complexité de la négociation de sens.

Les NP, en s'insérant dans la CP, amènent donc forcément des éléments nouveaux qui vont influencer sur la pratique commune. « La pratique est une histoire partagée d'apprentissage qui exige un certain rattrapage pour y adhérer. Ce n'est pas un objet qui

se transmet de génération en génération. La pratique est un processus permanent, social, et interactionnel et l'introduction de nouveaux venus en est simplement une autre version » (*Ibid.*, p.112). Être un grain de sable n'est donc que normal dans la vie de la CP, mais les enjeux identitaires colorent la manière dont la nouvelle arrivante questionne, remettant ainsi parfois en discussion ce qui semble évident, du *sens commun*. Dans le cas des NP qui, de plus, ont le nouveau titre de HES, les craintes et les réactions peuvent être encore exacerbées. La CP est alors susceptible de se protéger de cette remise en question en rejetant l'élément perturbateur, ce qui grèvera la SPT de cette personne.

Nous voyons avec Charline qu'après neuf mois, cette crainte est toujours là, ce qui est probablement à mettre en lien avec la sécurité acquise sur sa valeur comme infirmière diplômée, membre de l'équipe, mais qui est très consciente de tout ce qui lui reste à développer pour devenir l'infirmière qu'elle souhaite. En ce sens, elle reste en posture d'apprentissage. La validation par les ICUS, figures d'autorité qu'elle apprécie et reconnaît comme des modèles, joue ici un rôle majeur de reconnaissance et d'incitation à oser occuper une place plus affirmée dans la CP. Il en allait de même pour Agathe :

Elles [les ICUS] me disaient de plus m'affirmer par rapport à l'équipe parce qu'elles trouvaient que j'avais vraiment une bonne organisation, que je gérais bien les choses mais que j'affirmais pas trop ma façon de faire en fait. (Agathe, E5, p.24)

Ses stratégies de réalisation de l'activité étaient reconnues comme particulièrement pertinentes et donc utiles aux autres. Elles méritaient donc d'être mises dans la balance de la négociation sur la manière de parvenir aux buts. En l'entérinant, les ICUS non seulement reconnaissent les compétences, mais proposent une place à prendre dans l'équipe en fonction de spécificités. Nous ne sommes pas du tout dans une recherche d'homogénéité, mais bien plus sur un travail à partir des complémentarités de compétences permettant une meilleure efficacité. Dans une étude sur les raisons qui conduisent au succès ou à l'échec des CP, Probst et Borzillo (2008) relèvent, entre autres, le rôle essentiel du-des leader-s de la CP. S'ils jouent un rôle de guidance et de promotion, ils favorisent l'atteinte des buts en les clarifiant, en les découpant en sous-objectifs. La création d'un environnement sécuritaire, sans risque de sanction, permet aux membres de dépasser les pressions de la hiérarchie et de s'engager dans un dialogue ouvert et instructif. Nous pourrions dire que cette organisation génère une SPT, favorable au développement et à l'apprentissage de la CP. C'est ce que nous pourrions lire dans l'attitude de ces ICUS en fin de première année de travail.

9.4.1 Conflits induits par des erreurs ou l'encadrement de stagiaire

Nous allons ici brièvement reprendre des éléments vus dans le chapitre 8 sur les « Erreurs » pour Sabina et le chapitre 7 « De l'autre côté du miroir » pour Judith. Quand des conflits entre pairs et/ou avec l'ICUS sont survenus, ils pouvaient être lourds de conséquences, surtout pour la place dans l'équipe. En effet, toutes les deux sont entrées en conflit avec des personnes occupant une position stratégique dans le groupe, ce qui représentait une menace potentielle importante.

Le poids du conflit quand il n'y a ni SPT, ni sentiment d'appartenance à une CP

Le conflit entre Sabina et l'ICUS portait non pas sur l'erreur, mais sur la réaction de l'ICUS à l'erreur. Celle-ci avait été découverte par l'infirmière-cheffe-adjointe qui en avait directement parlé à l'ICUS, sans rien en dire à Sabina. Sa parole avait particulièrement du poids de par son statut et sa proximité avec l'ICUS. Cette dernière a réagi immédiatement aux informations qui lui ont été transmises en décidant qu'il était prématuré d'autoriser Sabina à faire des soirées en effectif réduit, sans être allée vérifier avec les personnes présentes les conditions de survenue de l'erreur : c'est ce qui heurtait le plus Sabina. Dans ce contexte d'asymétrie, avec une insertion problématique, elle ne pouvait exprimer ouvertement son désaccord. Elle tenta donc de réguler ses tensions identitaires en prenant les remarques et propositions de soutien à son compte. Néanmoins, elle était très ambivalente : si elle cherchait réellement à s'améliorer, elle était peu investie dans le travail avec la clinicienne. Elle faisait ce qu'on lui demandait, même si ça ne lui paraissait pas correspondre à ses difficultés. Elle n'émettait pas clairement des besoins pour orienter plus le soutien. Le résultat en était la confirmation de ses compétences d'analyse de situation à tête reposée, alors que les erreurs survenaient dans l'analyse rapide en activité, dans les situations de charge de travail dense. Il y a là une soumission à l'autorité où elle fait ce qu'on lui demande en espérant qu'en démontrant sa bonne volonté, le regard sur elle changera. Mais ce n'est que l'évolution dans ses compétences professionnelles qui le permettrait réellement et la rassurerait.

Le fait de ne pas avoir manifesté clairement son désaccord sur la manière de gérer sa situation explique peut-être sa colère qui ne cessait de monter vis-à-vis de l'ICUS. Son regard sur elle s'en est trouvé totalement modifié : de personne-ressource, l'ICUS est devenue l'ennemie, peu compétente dans la gestion de son équipe, donc peu digne de confiance. Cette évaluation peut être lue comme si elle devenait peu à peu la responsable des difficultés de Sabina :

Quelque part c'est très léger tout [ce que l'ICUS entreprend]. Elle touche un peu à la surface mais elle va pas très très profond dans ces problèmes qu'on a aussi dans l'équipe. Elle est pas une personne, je trouve, très réfléchie. C'est un peu, il faut qu'on fasse quelque chose et qu'on le fasse vite, mais finalement le résultat c'est pas toujours, je me demande si c'est suffisamment bon pour tout ce qu'on a investi. (Sabina, E3, p.204)

Nous sommes là dans une vraie situation de conflit, où l'affect envahit toutes les dimensions de la vie. Sa latence ne l'en rend que plus aigu. Dans la lecture de Sabina, qui sait qu'elle a commis des erreurs mais a tendance à les minimiser, tout semble se jouer entre elles deux, avec une équipe qui est présente en périphérie mais n'est pas partie prenante. Dès ses débuts, Sabina s'est sentie à part : elle avait un diplôme d'HES, une formation en français même si elle travaillait ici dans sa langue maternelle ; elle avait plus de difficulté à progresser que les autres et se percevait donc comme le vilain petit canard qui permettait aux autres de se sentir meilleures. De plus, le fonctionnement de l'équipe, entre autres l'absence de rapport, la perturbait car elle ne ressentait pas un collectif mais plutôt des individualités qui travaillaient parallèlement les unes aux autres. L'ICUS ne

générait pas un contexte favorisant l'apprentissage. La SPT était donc absente pour Sabina et le collectif peu efficient dans la pratique. Il n'y avait pas d'équipe centrée sur une mission commune et collaborant en ce sens. De plus, elle se sentait en marge du peu de communauté perçue. Elle semble donc se débattre seule pour garder la tête hors de l'eau, et préserver un peu de sécurité dans ses compétences, ce qui s'avère de plus en plus difficile.

Pour sauver ce qui peut l'être, il n'y avait pas d'autre choix que de sortir de ce groupe, de ce contexte devenu mortifère. Si la rupture du contrat était une décision commune, pour Sabina, le fait d'avoir déjà entrepris des démarches pour trouver un nouveau poste était une sorte de victoire : elle décidait et ne subissait pas seulement. Néanmoins, les conséquences étaient importantes : la confiance en soi tant personnelle que professionnelle était gravement altérée. Les tensions identitaires étaient telles que sa dynamique identitaire en fut modifiée comme nous l'avons vu. Trouver une vraie communauté de pratique dans son second poste était son attente prioritaire qui a heureusement été remplie.

Quand une collègue interfère dans une pratique

Pour Judith, ce sont les interférences d'une collègue dans l'encadrement d'une apprenante ASSC qui ont été particulièrement problématiques. Cette collègue, Clothilde, avait un caractère fort, plutôt dominant de manière générale. Elle avait entrepris la formation de PF, mais n'avait pas réussi à la terminer, ce qu'elle avait mal supporté. Faisant partie des anciennes dans une équipe très jeune, elle y tenait une place importante qu'elle tenait à conserver. Que la responsabilité de l'encadrement des stagiaires soit confiée à des NP et pas à elle la mettait en colère, voire la vexait. Du moins, c'est ainsi que Judith compris le fait que Clothilde intervenait systématiquement auprès de l'apprenante dont elle avait la charge même en sa présence. Ses remarques allaient *a contrario* de celles de Judith, agressant l'apprenante et désavouant sa jeune collègue. Elle tenait des propos disqualifiants sur l'apprenante auprès de l'équipe quand Judith et son collègue coresponsable étaient absents, modifiant de la sorte le regard des autres. Etant donné sa place centrale dans l'équipe, son point de vue avait de l'impact.

Si la situation a débuté comme un conflit entre Clothilde et l'apprenante, il a rapidement impliqué Judith et son collègue. Leur force à tous les deux était leurs échanges permanents, la convergence de leur point de vue sur la situation, tant sur l'évolution de l'apprenante dans le stage, ses besoins d'apprentissage que sur l'attitude de Clothilde. Les dissensions avec cette infirmière touchaient à des convictions fortes de Judith, principalement le droit à l'apprentissage. Cette mission d'encadrement, certes prématurée, était importante et elle tenait à l'assumer pleinement. Il lui fallait donc entrer dans le conflit avec Clothilde, au moins pour limiter les effets nuisibles sur la stagiaire et simultanément, elle devait se protéger, préserver la place qu'elle s'était créée au sein de l'équipe. Nous avons déjà étudié les enjeux de la construction de cette nouvelle identité de personne de référence, nous n'y reviendrons donc pas. Nous relèverons toutefois la difficulté que génère cette posture dans la CP : pour être PF, il faut être au centre de la

CP, connaître son fonctionnement dans toutes ces dimensions. Pour coordonner l'encadrement par les différents membres de l'équipe, il faut avoir une place suffisamment reconnue pour que ses propos aient du crédit. Mais il est aussi nécessaire qu'elle se positionne en périphérie et en interface avec l'école. Elle doit pouvoir prendre une certaine distance avec le fonctionnement local pour pouvoir accompagner l'étudiante dans ce qui est, mais aussi dans ce qui pourrait être. Il apparaît donc que la place dans la CP est dans ce cas particulièrement complexe, d'autant plus pour une NP, impliquée dans cette pratique dès le troisième mois.

Le type de pratique peut donc générer des enjeux différents en regard de l'intégration dans la CP. En l'occurrence, Judith ainsi que son collègue avait suffisamment de crédit pour être entendus par l'équipe, d'autant plus que le comportement agressif de Clothilde était connu de tous. Les échanges multiples explicites, la centration sur des éléments objectifs de l'évolution de l'apprenante et pas sur des aspects affectifs, leur ont permis de faire alliance avec les collègues et d'offrir une protection à la stagiaire qui a pu terminer favorablement son stage. Il n'empêche que le potentiel de menace que représentait Clothilde est demeuré un souci pour les encadrements suivants. La négociation sur les pratiques avec elle n'a pas été vraiment engagée, mais la pratique commune de Judith et de son collègue s'est opposée dans les faits à celle de Clothilde. Il y avait encore beaucoup d'éléments à mettre en discussion par rapport à la mission d'encadrement, mais ce n'était pas à eux deux de le mener dans ce contexte.

9.4.2 Conflit professionnel ou querelle entre copines ?

Durant une soirée, Agathe et Léa (sa collègue de classe) devaient changer un système d'aspiration [Atrium] chez un patient. Agathe n'avait pas compris qu'en fait une seule pièce était défectueuse, elle a donc rapporté l'entier du système. Quand elle et sa collègue se sont rendu compte de l'erreur, elles ont décidé de quand même faire le change complet, puisque le matériel à usage unique avait déjà été ouvert. C'est Léa qui s'est chargée de le réaliser, Agathe l'accompagnant. Quand la troisième collègue de l'horaire du soir a passé le nez par la porte et qu'elle a vu ce qu'elles faisaient, elle s'est mise à les critiquer :

« Vous faites quoi, vous avez pas appris à faire un Atrium ? » Dans la chambre du patient, y avait le patient, et 2-3 fois, elle a dit qu'on faisait faux. (Agathe, E3, p.11)

Le patient était plutôt anxieux et Agathe se sentait mal. Elle souhaitait intervenir, mais pas devant lui. C'est finalement Léa qui a réagi et a dit que ça suffisait. Fâchée, la collègue est non seulement sortie la chambre, mais elle a carrément quitté le service sans rien dire. Les deux NP ont constaté qu'elle n'était plus là alors qu'il restait encore une demi-heure de travail ! :

Moi j'étais énervée plutôt et voilà, on en a discuté les deux et après Léa est partie. Je voyais qu'elle partait en pleurant alors je suis encore allée discuter un petit moment et voilà. On pouvait rien faire, c'était comme ça sur le moment... C'était comme une engueulade un peu, pas d'amies mais je me dis, en général ces situations, ça arrive avec des gens proches, où on est touchée, on part comme ça et après on peut en reparler. (Ibid., p.12)

Nous le voyons, Agathe était sidérée que, dans un cadre professionnel, un accrochage de ce type puisse avoir lieu. Elle ne considère pas les remarques comme une remise en cause de ses compétences ou de celles de sa collègue Léa. C'est plutôt l'inadéquation dans la forme de la remarque (répétition, devant le patient) qui est mise en évidence : elle peut altérer la confiance du patient dans les infirmières.

Comment expliquer un tel comportement ? Ce soir-là, les deux NP étaient déjà fâchées contre cette collègue qui, selon elles, ne faisait pas sa part du travail. Son comportement habituel, plutôt agressif et jugeant, rendait cette attitude d'autant plus inacceptable. Sans remettre en question leur perception de la situation, nous pouvons mettre en évidence qu'il y avait d'emblée un certain clivage : d'un côté Agathe et Léa, collègues mais aussi amies, partageant une histoire commune depuis déjà quelques années, dans le service depuis six mois et, de l'autre côté, leur collègue présente depuis plus longtemps dans le service, avec une place bien ancrée et se montrant parfois brutale, représentant une menace. Le conflit semble avoir une dimension essentiellement relationnelle, avec d'une part deux collègues/amies qui se retrouvent tant dans leurs valeurs professionnelles que dans leurs affinités et d'autre part, une autre collègue, potentiellement ressource puisque plus expérimentée, mais qui peut aussi se sentir exclue par ce duo. Sous-jacents aux aspects relationnels, nous pouvons aussi repérer des enjeux identitaires, en regard de leur place dans l'équipe que les NP sont en train de chercher. Des aspects de pouvoir sont également perceptibles. Toutefois, il semble que les aspects affectifs sont prédominants sur la question professionnelle dans ce conflit, du moins en ce qui concerne Agathe.

Stratégies de résolution : la défense de l'autre comme motivation

Les larmes de Léa en fin d'horaire pouvaient parler, en ce qui la concerne, d'une attaque plus identitaire par la critique sur ses compétences. Certes, il y a la fatigue de la fin d'une journée de travail, les larmes ne sont toutefois pas la norme. C'est de voir sa souffrance qui va mobiliser Agathe et l'inciter à réagir face à la collègue le lendemain, se faisant ainsi violence :

Moi, je suis plutôt sur la retenue que d'aller exprimer ma colère, c'est vrai, mais des fois ça ferait du bien mais c'est vrai que je temporise plutôt. (Agathe, E3, p.12)

Nous pouvons aussi nous interroger jusqu'à quel point Agathe ne se sentait pas coupable vis-à-vis de Léa, puisque c'est son incompréhension du départ qui a conduit aux remarques faites à Léa. Toujours est-il qu'Agathe a décidé de défendre sa collègue, jouant ainsi le rôle de médiatrice qu'elle estimait être le sien. Elle se place ainsi un peu en extériorité de la situation, alors qu'elle-même avait également été mise en question. Probablement que c'est la défense de l'intérêt d'autrui qui a légitimé sa réaction le lendemain, lui permettant ainsi d'exprimer sa colère tout en gardant le contrôle sur cette émotion qu'elle vivait péniblement :

J'en ai profité, une fois qu'on était seule, pour lui dire que hier soir, pour lui expliquer ce qui s'était passé hier soir, que Léa et moi, on accepte tout à fait les remarques qui sont justifiées mais pas dans la chambre du patient et qu'on peut

toujours discuter dans l'unité, et qu'on avait trouvé que c'était pas cool d'agir comme ça dans une équipe, qu'on s'était sentie pas bien et que Léa avait été aussi mal. Voilà, je lui ai dit ça. Après, elle m'a dit : « ah oui, moi aussi, en partant, c'est vrai, j'étais pas bien, mais j'étais fatiguée aussi », ou je sais plus ce qu'elle m'a dit. J'ai dit : « d'accord. » Elle, après cette discussion, elle est allée parler avec Léa, elle lui a dit qu'elle s'excusait. (Agathe, E3, p.12)

Dans son discours, Agathe s'associe à Léa dans l'expérience vécue, mais met plus fortement en évidence la peine ressentie par sa collègue. Il est toutefois intéressant de relever qu'Agathe signale que cette collègue est allée s'excuser auprès de Léa, par contre elle ne se souvenait pas du tout si elle s'était excusée auprès d'elle-même. Cela peut être un indicateur que le point de vue de Léa a probablement été bien plus mis en avant dans l'échange. Toutefois, par sa prise de position, Agathe a obtenu un bénéfice important pour la poursuite de son activité dans ce service :

Elle [la collègue brutale] sait que je peux répondre maintenant, enfin que je vais pas laisser passer les choses si vraiment y a des gros trucs. C'est vrai que sinon, j'ai plutôt tendance à laisser passer, mais si y a vraiment des choses, je pense qu'elle sait. (Ibid.)

Elle est entrée dans le rapport de force qui peut être vu comme un des modes relationnels de cette collègue. En se montrant comme une force à prendre en compte, elle a eu le sentiment que le regard de sa collègue sur elle a changé. Sa relation avec cette infirmière s'est améliorée par la suite : sa place était reconnue par cette dernière, ce qui limitait le sentiment de menace perçu, indépendamment de la manière de s'exprimer de cette collègue. La relation est devenue plus égalitaire. L'entrée dans le conflit, ou du moins sa reconnaissance passant par sa résolution nécessaire, qu'Agathe avait tendance à éviter au prix de tensions internes parfois importantes, s'est là avérée bénéfique pour chacune des parties. Elle a permis une négociation importante entre ces membres de la CP sur l'acceptabilité de certains comportements. Ces échanges ont résolu des tensions identitaires en modifiant le regard d'autrui sur soi. Si l'objectif premier était de soutenir sa collègue, à l'arrivée les plus grands bénéfices sont donc pour Agathe. Identité, SPT et place dans la CP s'en sont trouvées renforcées. Cette expérience pouvait donc l'inciter à davantage oser s'affirmer puisque cela ne signifie plus forcément une mise en danger, mais aussi une possibilité d'améliorer sa situation et celle de la CP. Toutefois, pour elle, cela restera possible surtout quand il s'agit de défendre quelqu'un d'autre.

9.4.3 Frustration et déception liée à des décisions de la hiérarchie pour des arguments fallacieux

Vers la fin de sa première année de travail, Charline vécut une grande désillusion. Dans ses plans, travailler dans le service des urgences psychiatriques adultes était un objectif majeur. Si elle appréciait sa propre unité (urgences psychiatriques personnes âgées), c'était pour elle un tremplin pour la suite :

Je me fais aussi de l'expérience en attendant d'aller à l'étage en dessous où c'est quand même plus sport, on va dire. (Charline, E2, p.35)

On lui annonça qu'une place se libérait dans ce service-là et qu'elle était pour elle. Elle en était ravie, ses projets se réalisaient rapidement, confirmant entre autres la justesse de sa décision de cesser son activité dans son premier poste. Très peu de temps après, malheureusement, elle apprit que la décision avait été annulée pour des raisons futiles :

Donc j'avais la place, j'étais même plus sur nos plans à nous pour le 1^{er} septembre. Et en fait, y a plus d'une année maintenant, la personne que j'ai rencontrée, elle travaillait dans cette équipe et on s'est fréquenté un moment, et après on s'est séparé. Bon, moi, j'ai toujours été claire, moi ma mission c'était d'aller là qu'il soit là, qu'il soit pas là, moi je m'en foutais. Et en plus c'était clair entre nous, enfin en tout cas pour moi, c'était clair. Et il m'a mis un peu des bâtons dans les roues. Il a dit quelque chose d'incroyable. Et finalement, il a été entendu par ses chefs en disant que si j'arrivais, ça pouvait changer sa dynamique au travail, qu'il serait un peu moins motivé, ça aurait des répercussions. Et ses chefs ont écouté. Donc les infirmiers-chefs, à moi, m'ont dit que là ça jouait pas trop. Mais bon, je suis rentrée des vacances, et en fait ils sont revenus sur leur décision et le prochain poste, il est pour moi. Là, j'ai compris que je devais finalement lâcher prise un peu par rapport au travail et que si c'était pas maintenant, c'était la suivante. (Charline, E5, p.54)

Cette situation a généré de nombreuses tensions identitaires chez Charline, remettant en question sa manière de s'investir dans le travail et ses relations avec la hiérarchie. Elle a rediscuté la place qu'elle accordait au travail dans sa vie : Charline percevait qu'elle n'avait pas encore trouvé d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Au moment de cet événement, il y avait plus de dix mois qu'elle travaillait sans avoir pris de vacances. Elle se sentait trop fatiguée et vulnérable pour réagir et aussi pour encaisser cette mauvaise nouvelle. Par chance, elle partait en vacances à ce moment-là, ce qui lui a permis de prendre du recul, de faire un bilan de cette première année et de se ressourcer. Comme elle se sentait bien dans sa CP, ce n'était pas un souci pour elle de poursuivre là.

Par contre, cet événement a altéré son regard sur le fonctionnement institutionnel. Si elle n'est pas entrée en conflit avec sa hiérarchie, elle était en profond désaccord avec cette gestion du personnel. Elle était sidérée que des décisions puissent être prises à partir d'éléments aussi triviaux, personnels plus que professionnels. Même si cette décision a été annulée par la suite, elle a généré durablement un sentiment que des décisions peuvent se prendre de manière arbitraire. Elle en avait déjà fait l'hypothèse précédemment, par contre, comme à ce moment-là la situation lui était favorable, elle s'était contentée de s'en étonner, sans pour autant se sentir révoltée :

J'ai remarqué que, en allant directement vers la personne qui s'occupe de ça [de la formation continue], elle m'aime bien moi, donc elle m'a dit : « mais pas de problème, de toute façon tu pourrais même avoir 6 jours de cours ou bien 12. » Je sais plus combien il m'avait dit, mais que ça posait absolument aucun problème, que c'est eux qui me payaient... Je pense que c'est un peu à la tête du client. (Charline, E3, p.53)

Dans son discours, comme dans celui des autres NP, nous pouvons remarquer que la hiérarchie (hors du service) est dépersonnalisée, une sorte d'abstraction. Charline se

réfère parfois à certaines personnes comme ci-dessus la responsable de la formation continue, mais le plus souvent elle parle de « ils » impersonnels. Cette perception peut renforcer un sentiment de subir, de manquer d'impacts, à l'origine d'un possible sentiment d'impuissance. Ça peut aussi être un indicateur que, durant la première année de travail, la compréhension du fonctionnement systémique s'est élargie. Les NP sont très centrées sur leur unité, leur CP. Elles commencent à connaître les personnes qui interagissent avec leur CP, celles qui peuvent jouer un rôle d'interface avec le reste de l'institution. Par contre, le niveau de responsabilité de chacun semble rester relativement confus. Pour Charline, la hiérarchie ne représente pas une menace, donc malgré sa déception, elle ose la solliciter pour ses besoins. Pour d'autres NP, elle représente quelque chose d'étranger et est plutôt perçue à distance, voire maintenue à distance. Le rapport au pouvoir se retrouve à nouveau-là.

Cet événement fit également prendre conscience à Charline de la petitesse de l'institution. En effet, une des conséquences du transfert avorté fut qu'elle devint l'objet des ragots pour un temps. Sa CP était son équipe, mais elle était aussi membre de la communauté globale de l'hôpital. Elle supporta cela, mais l'impression de se trouver dans un univers un peu étriqué renforça sa conviction de l'importance qu'elle élargisse son monde, en accordant davantage de place à sa vie hors de l'hôpital, en rencontrant aussi d'autres personnes que des collègues. Nous le voyons, cet événement a suscité un conflit interne important chez Charline, mais aussi une prise de conscience du fonctionnement institutionnel modifiant non pas son projet de développement professionnel et personnel mais la manière de le mener et d'envisager son engagement dans l'institution et dans la profession. En cela, il y a une rupture dans la continuité, un moment fort de conscience identitaire, de délibération sur soi (Barbier, 2006) qui permet de consciemment rediscuter son développement.

Nous allons, pour finir, étudier une dernière situation où c'est le conflit avec un patient qui a permis à une NP de comprendre les attentes des aides-soignantes vis-à-vis de l'infirmière.

9.5 Quand un conflit avec un patient influence la compréhension des rôles dans l'équipe

Dans son premier poste, le remplacement aux soins à domicile, Roxanne a été très touchée par la situation d'un patient d'une soixantaine d'années. Ce monsieur, tétraplégique suite à un accident, était revenu à la maison pour y vivre ses derniers mois. Les soins à domicile intervenaient quotidiennement, plusieurs heures par jour. Cette situation, marquante en soi, est devenue un événement parce que Roxanne y vécut deux périodes en totale contradiction. Dans un premier temps, elle rapporta dans un entretien son admiration pour cette famille, surtout pour l'épouse du patient qui s'avérait une aide très précieuse pour appréhender des soins qu'elle connaissait peu. Le patient lui était sympathique et sa situation la touchait. L'expérience première était très positive. Lors de notre deuxième entretien, nous parlions d'un autre monde, un univers dans lequel un patient harcelait sexuellement des soignantes. Pour Roxanne, ce basculement mettait en doute sa capacité

à percevoir une situation, son rôle auprès du patient ainsi que vis-à-vis de ses collègues aides-soignantes. Comment se faisait-il qu'elle n'avait rien remarqué auparavant ?

En y réfléchissant, Roxanne releva un aspect significatif : l'épouse du monsieur avait maintenant confiance dans l'équipe. De ce fait, elle était beaucoup moins présente lors des soins. Comme il était impossible de mobiliser le patient seule, il y avait toujours une infirmière et une aide-soignante. Dans un premier temps, Roxanne a juste signalé :

Ce monsieur tétraplégique devenait de plus en plus, je sais pas si on peut dire dragueur, mais c'était quand même un peu ça. (Roxanne, E2, p.162)

Il s'est avéré que le mot dragueur était bien en dessous de la réalité et il a fallu un long temps à Roxanne pour réellement prendre conscience, puis nommer ce qui se passait. C'est le partage avec les AS qui a été déterminant pour elle. Un jour, elle a observé des gestes tout à fait déplacés vis-à-vis de l'une d'elles :

Je me suis dit, c'est la première fois que je vois ces situations, je veux pas le remettre à sa place aujourd'hui même, tout de suite dans la brutalité tac parce que je me dis que, peut-être, pour se comporter comme ça, parce que ça a l'air d'être une personne d'un certain rang de vie, et je pense que ça révèle un peu sa souffrance par rapport à sa propre intimité avec son épouse. (Ibid.)

L'inadéquation du comportement était clairement repérée, même si Roxanne trouvait de multiples arguments pour ne pas réagir immédiatement. Il y avait probablement beaucoup de gêne, de doute tant sur la manière d'agir que sur les réactions possibles du patient. Son malaise fut encore accentué par les propos de l'AS quand elles ont quitté ce domicile :

« Mais tu sais, ça, il fait ça quand t'es là toi comme infirmière, avec les infirmières plus âgées, il ose pas. » Mais du coup, il fait avec les deux parce que les deux aides sont jolies donc il fait avec les deux parce que l'infirmière, en fait si on veut à quelque part, je lui permets par ma jeunesse de faire ça... Et avec la deuxième, on s'est trouvé deux fois de suite ensemble où c'était juste l'horreur, toutes les cinq minutes, soit quand on le tourne, alors il descend sa main de haut en bas, enfin voilà. (Ibid.)

C'est à ce moment-là qu'elle a réalisé que les AS comptaient sur les infirmières pour fixer le cadre, ce qu'elle n'avait pas du tout perçu ni fait. L'AS avait subi le comportement du patient et Roxanne ne l'avait donc pas protégée. Il y avait pour elle une certaine sidération à le comprendre. Ses préoccupations avaient été centrées sur le patient, elle n'avait jamais imaginé que des collègues en faisaient aussi partie. Chacune était censée s'occuper d'elle-même. Il est toujours intéressant de remarquer comme il est difficile pour les NP de s'imaginer que d'autres peuvent se sentir aussi vulnérables ou en doute qu'elles-mêmes, surtout dans les débuts.

Si Roxanne a aussi tant tardé à comprendre ce qui se passait avec ce monsieur, c'est qu'elle le considérait comme un malade handicapé et pas comme un homme. De ce fait, les multiples compliments qu'il lui faisait lui glissaient dessus :

Ça me gênait pas spécialement, je me suis dit pour moi c'est une personne âgée, y a déjà tellement de distance, je veux dire je pourrais être sa petite-fille, je trouve que ça met déjà une distance grande que je me posais pas plus de questions que ça. (Ibid.)

Elle expliquait ce comportement comme une réaction défensive du patient face à l'intrusion des soignantes dans son intimité. Elle reconnaissait toutefois que ce même comportement survenant dans sa vie privée aurait conduit à une réaction de défense immédiate de sa part. Le statut social de ce patient ainsi que sa gentillesse en dehors de « ces moments-là » ont rendu dans un premier temps inconcevable le harcèlement qui avait lieu, si ce n'est au travers de sentiments diffus. Si elle était totalement en désaccord avec le comportement du patient, Roxanne lui trouvait tellement de circonstances atténuantes que les incidents répétés devenaient moindres. Elle était relativement consciente de son ambivalence.

Stratégies de résolution du conflit

Roxanne ne savait pas si elle devait en parler dans l'équipe infirmière. Quand l'AS lui a dit qu'elle avait décidé d'aller en discuter avec l'ICUS, Roxanne a décidé de prendre les devants. C'est plus son sentiment de culpabilité de ne pas avoir su protéger les aides qui l'ont poussée à agir, ainsi que le désir de démontrer qu'elle assumait ses responsabilités. Elle avait aussi peur de l'image que l'ICUS se ferait d'elle si elle apprenait les événements par les AS. En en parlant la première, elle contrôlait l'image d'elle-même qu'elle donnait :

Pour finir, j'ai dit, bon je lui en parle parce que je veux dire ça arrive souvent avec moi, autant que je lui dise moi plutôt qu'une des aides aille lui dire : « écoute, quand on est avec Roxanne, ça se passe comme ça, comme ça. » Et je lui ai dit, et elle m'a dit : « tu fais bien de me dire parce que l'ergo elle s'est plainte de la même chose, j'ai une aide qui s'est plainte de ça, il l'a fait aussi aujourd'hui à une autre infirmière. » Moi, ça m'a soulagée en me disant : « c'est bon t'es pas la seule, c'est pas parce que t'es plus jeune, machin, qu'y a que toi. » (Ibid., p.163)

Nous voyons là toute l'importance de la circulation des informations entre collègues : la mise à plat du problème permet de prendre la mesure de son ampleur. Visiblement, le dysfonctionnement du patient s'est accentué, ne pouvant pas ou plus être toléré. Le contexte des soins à domicile permet le travail en équipe, nous le voyons là, mais comme la majeure partie de l'activité est réalisée à l'extérieur du service, les temps de rencontre et d'échanges entre collègues sont limités. L'endroit prioritaire de transmissions est le dossier du patient : il n'y a jamais eu d'observations écrites ! Est-ce par peur de figer par écrit des accusations jugées graves ? Ou est-ce parce que, individuellement, elles avaient comme Roxanne des doutes sur leur interprétation des gestes et remarques du patient ? La transmission orale est en tout cas celle qui a été privilégiée, peut-être pour être dans une dynamique d'échanges, permettant la nuance et l'aide de l'autre dans la compréhension de ce qui se déroule. L'ICUS a joué le rôle de plaque tournante pour l'information. Elle a donc récolté les informations, puis les a retransmises à l'infirmière

de référence du patient. La situation a fait l'objet d'une discussion lors du colloque pluridisciplinaire suivant.

L'infirmière de référence du monsieur a pris la situation en main, a investigué s'il y avait déjà eu des problèmes de ce genre et il s'est avéré qu'effectivement des comportements incorrects avaient été signalés lors d'une hospitalisation. Le patient avait été recadré et la situation s'était améliorée. Suite à cela, une plainte interne a été déposée par le service, ce qui implique que les personnes concernées ont dû témoigner par écrit. Le médecin traitant a décidé d'en parler et de mettre les choses à plat avec le patient et son épouse. Nous voyons qu'une fois que la problématique a été posée, sa résolution s'est vraiment réalisée en collectif, avec négociation sur la compréhension de ce qui se passait, sur l'attitude à avoir, le partage des responsabilités. Pour une situation qui demandait autant de temps au quotidien, c'était un élément indispensable.

Suite à tout cela, Roxanne avait pourtant des craintes d'y retourner. Dans son état, le patient ne pouvait lui faire du mal physiquement, mais elle craignait surtout ses propres réactions :

Je pense que je suis quelqu'un qui a des limites peut-être assez loin, mais au moment où ça tourne, ça tourne méchant, donc je me suis dit, j'aimerais pas en arriver là. Mais après, comme on en a parlé je pense, ça s'est bien passé et je suis retournée chez lui. La première fois, c'est vrai que j'avais un peu une boule au ventre, et j'ai une façon de me protéger, peut-être un peu bête mais qui m'a bien aidée, c'est que c'était une aide qu'était de mon âge, on est assez copine, on a bataillé que les deux. (Ibid.)

N'osant pas affronter directement le monsieur, elles l'ont traité en objet, réalisant les soins sans entrer en relation avec lui. Roxanne était bien consciente de l'inadéquation de son comportement, mais elle ne voyait pas d'autres possibles à ce moment-là. Finalement, ce fut une sorte de transition, une rupture dans la manière dont les soins étaient donnés précédemment et les choses se sont déroulées correctement pour la fin de sa mission. L'équipe avait aussi décidé de désormais porter les blouses blanches pour clairement signifier les positions de chacun. Roxanne a été contente de pouvoir bien conclure cette situation avant de quitter le service et dire au revoir dans de bonnes conditions :

Il m'a dit : « ah mais c'est dommage, je vous aimais tellement et les soins ils sont tellement bien faits avec vous. » Moi, c'est vrai que ça me fait plaisir parce que je me dis tous ces soins, c'est vrai qu'il a beaucoup, enfin ça montre que je sais gérer et que je sais faire les soins et qu'après il est content... (Ibid.)

Elle a pu accepter la reconnaissance de la qualité de ses soins malgré tout ce qui s'était passé. Elle a aussi compris ses responsabilités par rapport aux AS qui attendent qu'elle soit le métronome de l'activité. Pourtant cette compréhension semble contextuelle : la question du rapport entre les professions s'est reposée avec acuité à l'hôpital comme nous l'avons vu au point 9.3.2. C'est un apprentissage qui demande visiblement du temps et de la nuance.

9.6 Conflits au sein de l'équipe et dynamique identitaire

Nous l'avons signalé au début de ce chapitre, le conflit implique la reconnaissance de l'altérité. Après des débuts qui visaient surtout à obtenir une reconnaissance de conformité aux attentes, donc où les NP s'inscrivaient plutôt dans un mouvement de similarisation par rapport à leur communauté de pratique, des différences entre ses membres ont commencé à être perçues au quotidien, dans la durée. L'impact des conflits sur la dynamique identitaire est surtout relié à ces prises de conscience et/ou à des mouvements de différenciation et au positionnement dans le cadre du collectif. Le nombre de NP concernées est peu important, toutefois, il apparaît que la reconnaissance des différences de statuts ou de manières de travailler, génératrices de tensions identitaires soi/autrui, représente à la fois une menace pour l'intégration dans le collectif et pour l'accès à la ressource prioritaire qu'il représente, expliquant un certain nombre de mécanismes de défense, entre autres le déni des différences, leur minimisation, etc. Le conflit a fait événement dans le sens où il a obligé les NP à les prendre en considération. Il a cassé une image idéalisée d'un groupe uni, uniforme, harmonieux pour en faire émerger une représentation plus réaliste, reconnaissant la diversité de ses membres mais également la propre singularité des NP. Il n'est donc pas étonnant que cela se soit passé durant la deuxième partie de l'année principalement.

9.6.1 Relations asymétriques et pouvoir, une découverte difficile à appréhender d'un point de vue identitaire

La gestion de leur propre pouvoir était une difficulté pour Roxanne, Cléa et Charline. Elisa, dans sa mission en home, l'a vécu avec d'autant plus de force qu'elle était seule infirmière avec des AS. Ce fut générateur de tensions identitaires comme nous l'avons vu dans le chapitre 6, même s'il n'y eut pas de conflit, raison pour laquelle nous n'avons pas parlé d'elle ici. Néanmoins, elle partage les questions de fond avec les trois NP. Agathe, Sabina et Judith travaillaient dans des équipes constituées d'infirmières, si ce n'est une ou deux IA très compétentes et expérimentées, la question de la gestion des relations entre les statuts ne s'est donc pas ou peu posée, ou alors en regard de l'encadrement d'apprenantes ASSC. Comment expliquer que le pouvoir soit si problématique ? Est-ce parce qu'il est associé à la force, à la domination ? Pourtant, Roxanne a aussi découvert que son pouvoir n'était pas que domination, mais qu'il pouvait également être protection pour les AS, donc connoté positivement. La profession d'infirmière est fortement féminine et ce sont des caractéristiques qui sont peu associées au féminin, ni aux représentations de l'infirmière censée être gentille, préoccupée par l'autre, au service de l'autre. Il y a vraisemblablement une certaine violence ressentie à être obligée d'occuper une place en autorité face à d'autres, d'autant plus que jusqu'alors, dans leur vie, elles se positionnaient plutôt en situation de dépendance. C'était le cas dans leur famille, dans la formation, que ce soit en stage ou à l'école. En ce sens, ces désaccords et ces conflits, par leur intensité, les obligent à franchir ce pas. Pour les trois NP, leur idéal professionnel s'avère un moteur puissant : s'il peut être parfois un élément de vulnérabilité dans l'effet de choc ou de déception que représente la mesure du décalage entre réalité et idéal, dans

ces situations, il s'avère une motivation très importante pour dépasser un certain nombre de peurs.

La manière de réagir a été différente en regard des personnalités des NP et des enjeux perçus. Roxanne a abordé la question frontalement, Charline a trouvé des stratégies de résolution du problème pour les soins, tout en tentant de ménager la relation. Pour Cléa, il n'y eut pas de résolution de ce conflit, par contre une grande remise en question d'elle-même individuellement et dans le collectif. Nous le voyons, entre prendre conscience des différences et du conflit qu'elles génèrent et entrer en matière en vue de les résoudre, le pas est conséquent et toutes ne parviennent pas forcément à le faire. C'est également un apprentissage à réaliser que de savoir comment agir dans ce type de situation. Ces processus se travaillent au sein du collectif, et nous l'avons vu, certains entraînent plus volontiers ou de façon plus approfondie dans la négociation de sens que d'autres.

Dans tous les cas, l'équipe a été impliquée, de multiples échanges particulièrement importants pour la construction et le maintien d'une CP y ayant eu lieu. Dans les conflits en question, aucune NP ne se sentait responsable ou en faute, donc cela a probablement modifié leur manière de solliciter l'équipe : elles allaient plutôt y chercher du soutien pour confirmer leur perception, pour trouver des solutions, pour comprendre, et finalement pour être reconnues. Les enjeux identitaires étaient donc importants et leur place a été confirmée, voire renforcée. Il n'empêche qu'il est perceptible qu'il s'agit là d'une étape, qui demandera encore du travail pour parvenir à une intégration de cette dimension de pouvoir dans la construction identitaire en cours. Dans un moment où leur dynamique visait la continuité identitaire, le besoin de se préserver était là bien présent.

9.6.2 Entre singularité et similarité

L'altérité d'autrui les a rendues conscientes de leur propre singularité, les a obligées à rediscuter des évidences. Les conflits sont donc des moments forts de conscience de soi, professionnellement et personnellement. Ils ouvrent à des délibérations sur soi, demandant de clarifier ses valeurs, par rapport aux soins, aux relations dans l'équipe, à la profession et à la place que les NP souhaitent occuper au sein de leur CP et du système de santé. Nous pouvons véritablement les voir comme des événements qui ont amené à une maturation dans les relations au sein du groupe.

Il apparaît qu'une certaine sécurité quant à la place qu'elles y occupaient était nécessaire. Peut-être fallait-il qu'elles se trouvent au centre de la CP pour pouvoir véritablement percevoir ce qui s'y passait. Lors de leurs débuts, leur regard convergeait de la périphérie vers le centre du cercle et captait prioritairement les similitudes. Ce n'est qu'une fois au centre qu'elles ont pu avoir une vue d'ensemble sur leur CP, donc un regard plus divergent. Ceci est très schématique, mais pourtant correspond au mouvement identitaire au sein du groupe. Elles ont dans un premier temps cherché à trouver auprès de leurs collègues ce qui leur manquait, ce qui leur correspondait et/ou ce qu'elles désiraient. Dans un second temps, elles ont pu se mettre un peu en retrait, leur besoin d'autrui étant moins prégnant, elles ont alors remarqué les différences entre les autres et elles-mêmes. Ces observations étaient à l'origine de déception, de frustration, de rejet de leur part vis-à-vis

de certaines autres. Les conflits émergent de ces constats. Dans un troisième temps, elles ont pu rentrer dans un véritable mouvement dialectique et reconnaître les différences, les nuancer, et surtout se positionner dans ce collectif en tant que membre, partageant des valeurs, des pratiques, des comportements, mais se différenciant également. Le sentiment de confort dans l'équipe à la fin de la première année est à considérer comme une congruence entre la place occupée dans le groupe, en tant que professionnelle compétente, œuvrant dans un collectif en accord sur les buts poursuivis et les valeurs fondamentales.

10. Conflits et désaccords entre NP et médecins

Comme nous venons de le voir, les conflits ou les désaccords avec des membres de l'équipe soignante ont conduit les NP à se positionner, tant en ce qui concernait leurs valeurs, leur manière de tenir leur rôle que leur place au sein du groupe (relationnellement mais aussi hiérarchiquement). Ces conflits ont donc été particulièrement marquants en regard de leur appartenance à une communauté de pratique et à leur construction identitaire. Toutefois, ce sont les conflits avec les médecins qui ont été rapportés le plus souvent. Ils ne posaient pas la question communautaire de la même façon. En effet, nous le verrons, les médecins ne sont pas perçus comme des membres de la CP bien qu'ils interagissent avec elle au quotidien et influencent sa pratique de façon importante. Il semble plus s'agir d'une relation entre deux CP qui partagent une zone d'activités communes, interdépendantes et/ou coordonnées.

Le rapport de pouvoir que nous avons vu difficile à assumer, se situe ici dans une perspective inverse. Les NP se sentent en position d'infériorité face aux médecins, nous pouvons le relever dans différents verbatims :

J'aimerais être un peu plus sûre des propos que j'amène dans les visites [médicales], du rapport, même avec les personnes un peu plus hautes dions. (Agathe, E5, p.24)
Je dirais que c'est, pas une relation d'égal à égal parce que eux ils sont médecins, on sait, nous on est infirmière, on sait, mais en tout cas ils tiennent compte de ce qu'on leur apporte en fait, et de ce qu'on leur dit. (Charline, E2, p.42) *Nous, on est très impuissantes parce qu'on a beau dire, et malheureusement, ils ont une certaine hiérarchie, une certaine grandeur qui fait qu'on peut pas leur dire [de se bouger]. (Cléa, E3, p.82)*

Le rapport de pouvoir avec les médecins est vécu plutôt péniblement, ce qui pointe déjà dans ces propos, entre autres dans la difficulté de la prise de parole face à quelqu'un considéré comme supérieur. Dans cette relation, il y a une menace potentielle face au regard de l'autre : ne pas être reconnue, ne pas être entendue, être empêchée d'agir, etc. Ce sont des éléments parmi d'autres qui seront mobilisés lors des conflits que nous étudierons.

Ce rapport de pouvoir peut être hiérarchiquement vrai, mais dépend des hôpitaux et de leur organigramme. A l'heure actuelle, la plupart des hôpitaux publics sont gérés par une direction générale sous laquelle se trouvent une direction médicale et une direction des soins. Hiérarchiquement, les médecins n'ont donc pas de pouvoir sur les infirmières. Par contre, historiquement, symboliquement, ce rapport de force reste très vivace, surtout dans les services aigus (psychiatriques et somatiques) où l'atteinte à la santé demande une prise en charge thérapeutique prioritairement. En maternité, en home ou en soins à domicile, ce rapport est différent, soit parce que les situations de soins sont avant tout physiologiques (prise en charge mère-enfant dans les premiers jours de vie), ou alors chroniques et/ou stabilisées. La place du médecin est donc plus en retrait, l'aide à la vie étant la dimension prioritaire des soins. Cela peut expliquer pourquoi les événements rapportés ici ont eu lieu en milieu hospitalier aigu. Le passage de la formation à un niveau

tertiaire universitaire n'a pas, pour l'heure, modifié la perception de ce rapport de force, d'autant que les infirmières représentant cette évolution sont encore peu nombreuses et jeunes professionnellement.

Il est aussi à relever que ce rapport de force en leur défaveur est ressenti par les NP vis-à-vis de toutes les strates de la hiérarchie médicale, y compris les médecins-assistants qui, parfois, n'avaient pas plus d'expérience qu'elles. Inutile de dire donc, que face à des médecins-chefs, elles avaient tendance à se sentir toutes petites. Ce qui se joue semble donc bien être de l'ordre du rapport entre deux corps de métiers, indépendamment des personnes qui occupent ces positions. La personnalité peut nuancer cette représentation, mais elle n'est pas première, ce qui prédomine, c'est surtout la position supérieure, le niveau de menace étant modulé par la personnalité du médecin. Seule la prise de risque de la rencontre permettra de désamorcer cette situation. Nous pouvons alors nous demander comment les interactions infirmières-médecins peuvent être analysées en regard de la théorie des CP de Wenger.

10.1 Relations entre différentes CP : caractéristiques et modalités

Les CP n'existent pas en marge du monde extérieur, elles ne peuvent être appréhendées séparément des autres CP : « La raison en est que les nombreux projets des communautés de pratique s'entrecroisent et que leurs membres et leurs artefacts ne leur appartiennent pas en propre » (Wenger, 1998/2009, p.115). Pour répondre, en particulier au mandat de soins aux patients, les infirmières et les médecins sont donc amenés à travailler en collaboration étroite, une partie de leurs activités respectives étant interdépendantes. En référence à la médiologie de la santé de Nadot, dans le cadre du SC2, les infirmières rendent service aux médecins en réalisant des activités qui leur sont déléguées (surveillances, soins techniques, administration de traitement, etc.) et leur fournissent en retour des informations sur l'évolution du patient qui permettent la prise de décision sur le traitement, sa poursuite ou sa modification. Nous le voyons, pour collaborer, médecins et infirmières doivent partager des pratiques et des savoirs, ainsi qu'un langage et des références communes. De ce fait, les frontières entre les CP doivent être perméables et permettre une négociation de sens pour que leur but commun soit atteint.

Les frontières entre les communautés peuvent être explicites, entre autres par des titres, des uniformes, etc. Ces éléments sont du registre d'une « réification²⁰ ». La participation à une CP, la manière de s'engager et d'interagir, peut nuancer ces aspects de réification, rendant la frontière plus ou moins perméable. Par exemple, certaines formes de langage peuvent générer un sentiment d'exclusion, bien plus que le fait d'avoir un titre différent. Cela génère des frontières implicites qui échappent aux prescriptions institutionnelles.

Dans le cadre de notre recherche, les médecins se démarquent du reste de l'équipe de soins entre autres par leur titre, mais aussi par certaines missions et leurs lieux d'activité. Les membres de l'équipe soignante travaillent dans l'unité qui est leur centre névralgique. Certes elles en sortent régulièrement, par exemple pour conduire un patient en radiologie,

²⁰ Réification dans ce chapitre renvoie à la conception de Wenger dans la logique participation/réification.

en salle d'opération, etc. Elles vont ainsi vers d'autres CP, mais elles retournent systématiquement dans leur service où se déroule l'essentiel de l'activité. Pour comprendre comment les CP collaborent entre elles et clarifier le contexte dans lequel vont s'inscrire les conflits, il apparaît ici important d'expliquer le fonctionnement fréquent dans les institutions publiques, tels que les grands hôpitaux dans lequel six des sept NP ont travaillé. Il y a certes des différences entre les institutions, mais les principes d'organisation se retrouvent partout.

10.1.1 Hiérarchie médicale et fonctionnement collaboratif fréquent entre infirmières et médecins

Hiérarchie médicale et source de conflits identitaires potentiels

La formation des médecins fait partie des missions de base des hôpitaux publics. De ce fait, il y travaille des médecins possédant des statuts hiérarchiques différents, en regard de leur expérience et de leur formation postgrade. Nous en voyons dans le tableau ci-dessous une brève synthèse :

LA HIÉRARCHIE HOSPITALIÈRE	
En formation prégraduée	Stagiaires Etudiants en médecine, bachelor et master.
En formation postgraduée	Médecins assistants Médecins titulaires du master en médecine et du diplôme fédéral de médecin, accomplissant leur formation postgraduée en vue d'obtenir un titre de spécialiste.
	Médecins chefs de clinique Médecins assistants ayant exercé la même discipline deux ans au moins, spécialistes ou sur le point de l'être, supervisant le travail de médecins assistants.
Cadres hospitaliers	Médecins associés Médecins spécialistes, titulaires d'une thèse de doctorat, menant une activité clinique, de recherche et d'enseignement : maîtres d'enseignement et de recherche ou privat-docents.
	Médecins adjoints Médecins spécialistes, titulaires d'une thèse de doctorat, responsables de la gestion d'un service ou d'un département. Charge d'enseignement, de recherche et clinique : professeurs.
	Médecins chefs de service

Figure 7 CSFO (2012, p.4)

Leurs interactions avec les infirmières sont différentes formellement et informellement en fonction de leur statut. Les médecins-assistants (dits « les assistants ») sont ceux qui travaillent dans la plus grande proximité avec l'équipe soignante, puisqu'ils sont affiliés à un service. Ils y passent plusieurs fois par jour, mais n'y sont pas constamment même s'ils sont atteignables sur toute la durée de leur horaire de travail. Dans les hôpitaux qui ont plusieurs services de la même discipline, ils réalisent un tournus et changent d'affectation régulièrement. En tenant compte des services de garde, les médecins-assistants sont donc présents un temps limité dans l'unité, avec une position tantôt centrale (les visites médicales), tantôt marginale au groupe quant aux pratiques de soins, tantôt en extériorité (poursuivant des activités sans lien avec les missions du service).

D'autre part, les assistants sont professionnellement jeunes, voire débutants. Ils ont souvent besoin des infirmières pour pouvoir assumer leur rôle : alors qu'ils sont censés être les détenteurs du savoir médical et de la décision de traitement, ils doivent se référer

à celles à qui ils délèguent une partie de leur activité. Il y a donc une *hiérarchie inversée* (Fischer & Georg, 2001), le rapport de pouvoir peut s'avérer paradoxal : ils en sont les détenteurs mais n'ont pas vraiment les moyens de l'assumer ; les infirmières, qui devraient agir sous délégation, possèdent une expertise qu'elles mettent à leur service pour atteindre les buts de leur mission, dépassant parfois leurs compétences. Nous le voyons d'emblée, cela peut générer des tensions identitaires de part et d'autre. Par exemple du côté médical, il peut y avoir de la difficulté à accepter cette aide, et du côté infirmier, il peut être tentant de profiter de ce pouvoir expérientiel pour inverser le rapport de force. Il ressort de toute façon de ce fonctionnement que les infirmières contribuent à la formation des médecins-assistants, sans pour autant que cela soit officiellement reconnu. Il peut en découler de la confusion chez les NP. Par exemple, Cléa disait lors du premier entretien :

C'est encore pas le stade où c'est toi qui dois dire au médecin ce qu'il doit faire, finalement c'est encore lui qui te dit : « non, là tu fais plutôt comme ça. » (Cléa, E1, p.78)

Dans sa manière de s'exprimer, il semble qu'elle s'imagine que la justesse du fonctionnement serait qu'elle dise au médecin ce qu'il doit faire, comme elle l'observait de la part de ses collègues plus expérimentées. Pour elle qui avait de la difficulté à bien cerner les limites de son rôle et à assumer les relations asymétriques, il y avait un fort risque d'un renforcement de ces obstacles.

Les médecins-chefs de clinique sont les supérieurs hiérarchiques directs des médecins-assistants et sont officiellement responsables de leur encadrement. Ils ont quelques années d'expérience dans un domaine spécifique et supervisent un secteur comprenant plusieurs services. Ils sont donc la ressource prioritaire du médecin-assistant, ainsi que de l'équipe soignante quand la situation ne peut pas être résolue par ce dernier. Au-dessus des chefs de clinique, nous trouvons les médecins-chefs qui portent la responsabilité de l'entier de la clinique ou du département. Chefs de clinique et médecins-chefs ne sont pas présents au quotidien dans les services de soins, par contre ils ont des interactions journalières entre médecins dans le cadre de leurs colloques spécifiques. En ce sens, ils forment une communauté extérieure à celle des équipes de soins.

Espaces formels de travail collaboratif

Les contacts formels entre les médecins de différents niveaux hiérarchiques et les infirmières ont lieu prioritairement lors des visites médicales qui visent à faire le point sur la situation de chaque patient et à définir le traitement le plus adapté en fonction de l'évolution. Elles peuvent se faire « sur dossier », c'est-à-dire au bureau infirmier, à partir du dossier du patient et des observations des infirmières. C'est souvent le cas en début de journée et en fin d'horaire le soir, afin de réguler les situations des patients dans ces moments de transition. La visite a également lieu « au lit du patient ». Elle vise alors l'évaluation clinique et la prise de décision en partenariat avec le patient. Si dans ces espaces, tous les médecins et les infirmières sont représentés, l'objet de la visite au lit du

patient est différent ce qui influence les échanges et la collaboration entre médecins et infirmières :

- Lors des visites médicales quotidiennes avec les médecins-assistants, les infirmières sont seules avec eux (soit l'infirmière responsable du patient, soit une infirmière qui est responsable de l'activité pour le service). C'est là qu'il y a le plus d'interactions centrées sur la mission de soins vis-à-vis du patient. Cet espace est donc propice à la négociation de sens, les points de vue médicaux, infirmiers ainsi que celui du patient étant mis en perspective.
- Lors de la visite médicale au lit du patient avec le chef de clinique (formellement deux à trois fois par semaine), le but est double : il s'agit à la fois de confirmer ou de modifier les orientations médicales de la prise en charge et de former les médecins-assistants. Là aussi les échanges et la négociation sont possibles. Les infirmières sont présentes, elles fournissent les données utiles, posent les questions de l'équipe de soins, encourage le patient à exprimer ses besoins et interrogations, voire les relaient. En fonction de la relation entre les médecins, entre autres en regard de l'évaluation et de la reconnaissance des compétences de l'assistant par son chef, l'infirmière peut diversement trouver sa place, et la négociation de sens peut être plus ou moins difficile. Dans tous les cas, à travers la formation du médecin-assistant, entre autres par la mobilisation explicite des savoirs, c'est un lieu privilégié pour acquérir des connaissances pour les infirmières. De plus, par l'écoute partagée, un savoir commun peut se construire, d'autant plus que ce qui se passe à la visite est ensuite relayé au reste de l'équipe.
- La dernière forme de visite est la « grande visite » (une fois par semaine). Le médecin-chef supervise l'intégralité des prises en charge de la clinique et, surtout, les médecins. Le corps médical y est présent presque en intégralité. Les infirmières y participent, mais en périphérie. Elles fournissent à nouveau des informations, mais c'est au médecin-assistant prioritairement de présenter les patients. Le malade n'est pas au centre des préoccupations : ce sont surtout les médecins, le patient étant l'« objet » sur lequel ils sont évalués. Nous pouvons voir l'intensité des enjeux identitaires pour les médecins dans ce cadre où chacun se fait évaluer par un supérieur devant ses pairs, autant les chefs de clinique que les assistants. Si infirmières et médecins se trouvent donc ensemble dans cette activité, elle ne joue qu'un faible rôle dans la négociation de sens. En fait, elle peut être vue comme un moment particulier pour les infirmières pour comprendre comment fonctionne la CP médicale puisqu'elles se trouvent en périphérie même si cela se passe au cœur de leur service. Ces visites génèrent souvent beaucoup d'anxiété chez les patients qui, entourés de médecins, ont entendu parler d'eux sans être véritablement pris en compte, et dans un jargon qu'ils ne maîtrisent pas. Du coup, il est fréquent de devoir les rassurer par la suite, de leur réexpliquer ce qui s'est dit. C'est dans l'après-coup que l'impact de la visite sur la pratique des soignantes est souvent le plus fort.

En dehors de ces moments très formels, les interactions ont lieu selon des formes de fonctionnement négociées. Certains médecins-assistants sont présents d'office à certains moments de la journée, ce qui permet parfois de temporiser quand des questions se posent. D'autres viennent surtout sur appel. Nous le verrons, ces modes de faire peuvent influencer fortement les relations et causer des conflits médecin-infirmière. De plus, l'hôpital fonctionnant 7j/7, 24h/24, il y a nécessité de collaborer avec les médecins de garde (assistants et chefs de clinique) qui peuvent être connus pour avoir déjà travaillé avec l'équipe ou être totalement inconnus. Dans tous les cas, la personnalité, la manière de tenir son rôle, le rapport au pouvoir de chacun des protagonistes va influencer la collaboration.

Dans les cliniques privées, il n'y a en général que des médecins-chefs : chacun a sa propre clientèle, en est le référent et les soignantes interagissent prioritairement avec lui. Ces médecins sont expérimentés, il n'y a pas à les former et il n'y a pas d'intermédiaires. Par contre, ils ne sont pas présents en permanence, travaillant en pratique privée dans leur cabinet ou dans d'autres institutions. Il est important que le fonctionnement commun soit déterminé pour pouvoir agir adéquatement dans les phases où la disponibilité médicale est moindre. Il y a donc bien nécessité de négociation de fonctionnement. Cela ne va pas sans mal, d'autant plus que chaque médecin travaille de manière un peu (voire très) différente. De ce fait, les négociations peuvent être multiples et source de tensions parce que des contradictions peuvent apparaître dans les fonctionnements. En ce qui concerne les NP, toutefois, ce n'est pas dans ce contexte que les conflits ont été présents. Il est toutefois à relever que, inexpérimentées et obligées d'interagir avec un chef, au pouvoir important puisque la réputation d'une clinique repose essentiellement sur le renom des médecins qui y travaillent, il peut être identitairement difficile de se positionner et ces interactions sont fréquemment source de stress.

Après cet aperçu sommaire du fonctionnement collaboratif qui nous concerne, nous allons encore étudier comment, dans les CP, se négocient les frontières et les liens entre CP.

10.1.2 Les frontières entre CP : éléments favorisant leur perméabilité

Objets frontières et courtage

Les membres d'une CP ne lui appartiennent pas exclusivement, mais ont de multiples appartenances même si toutes ne nécessitent pas le même niveau de participation et d'engagement. De plus, « la majeure partie du répertoire des communautés de pratique est importé, emprunté et adapté à des fins particulières, c'est le cas du moins du langage utilisé par celles-ci » (Wenger, 1998/2009, p.139). Ainsi, les CP peuvent communiquer et collaborer à partir d'éléments communs qui sont du registre d'une « réification ». Un certain nombre d'« artefacts » (documents, système, outils) permettent de connecter les pratiques (feuilles d'ordre médical, bon de radiologie, etc.). Ce sont des *objets frontières* qui permettent la coordination de différentes perspectives dans l'atteinte d'un but commun. Chacun n'a donc pas forcément besoin de connaître la pratique de l'autre pour agir : par exemple, d'un symptôme signalé par une infirmière, un médecin peut décider qu'une radiographie des poumons est nécessaire, remplir un bon qui dira au technicien en

radiologie ce qu'il souhaite et ce dernier déterminera la technique pour obtenir le meilleur cliché qui participera à l'évaluation de la situation du patient. Chacun participe au même processus de diagnostic mais de manière disjointe. Nous en avons également considéré les enjeux dans le chapitre 8 sur les erreurs : quand ces outils, telles des feuilles d'ordres médicaux par exemple, ne sont pas utilisés pour transmettre une prescription médicamenteuse selon la voie officielle écrite, le risque d'une erreur dans l'exécution de l'ordre est accru.

Des personnes jouent un rôle particulier de relais entre les CP : ce sont les *courtiers*. Ils ont de multiappartenances qu'ils utilisent pour transférer des éléments d'une pratique à une autre. Ce sont eux qui sont aptes à créer et à aider au maintien de liens entre des CP, favorisant ainsi la coordination. De plus, comme le souligne Wenger, ils sont capables, « s'ils sont compétents, de faciliter la construction de sens » (*Ibid.*, p. 121). Le courtage est donc un travail complexe, qui demande un minimum de légitimité pour les courtiers, puisque leur participation influence le développement d'une pratique, met en perspective des intérêts de CP qui peuvent être divergents. Il peut en découler des apprentissages et des échanges sur les pratiques, donc de la négociation de sens. La complexité du rôle nécessite que les personnes qui le tiennent soient membres d'une CP, mais pas à part entière puisqu'ils ont de multiappartenances. *A contrario*, elles ne doivent pas non plus être considérées comme des intrus et rejetées. Il s'agit donc d'une position empreinte d'ambivalence.

Dans le contexte de cette recherche, nous pouvons nous interroger sur qui serait le plus à même de jouer ce rôle. Nous l'avons vu, le médecin-assistant est celui qui semble le plus souvent passer la frontière entre les deux CP (service de soins et corps médical). S'il a la légitimité de son statut de médecin, il n'a pas celle de l'expérience et de la connaissance fine du fonctionnement institutionnel. Sa capacité à faire le relais et à traduire les pratiques entre les CP est limitée, les relations avec les infirmières où la hiérarchie peut être inversée remettent en question sa légitimité. Il ne peut donc jouer ce rôle. Le médecin-chef de clinique serait plus à même de tenir cette place du côté médical et, du côté des services de soins, il s'agirait prioritairement des ICUS. En effet, ils sont des éléments centraux dans leurs CP respectives, mais ils appartiennent également à une CP qui regroupe les cadres de même niveau hiérarchique. Ils occupent souvent une position d'interface entre la direction de l'institution, les options politiques et stratégiques et la base qui est chargée de les réaliser. De plus, chacun est porteur d'une perspective qui doit être articulée avec celle de l'autre dans le but de fournir les soins les plus adaptés possible aux patients. Il existe également des infirmières qui ont des compétences cliniques spécifiques et qui interviennent dans différentes CP pour des mandats ponctuels mais réguliers. Nous le voyons, différentes personnes occupent des positions qui leur permettraient d'accomplir cette activité de courtage, ce qui ne veut pas dire forcément qu'elles vont souhaiter tenir ce rôle. De fait, elles le feront forcément un minimum. Par contre, elles peuvent le développer plus ou moins intensément en fonction des intérêts ou des priorités qu'elles lui donnent.

Liens générés par la pratique

La négociation de sens entre des CP peut se réaliser à travers des démarches de réification, visant à élaborer des objets communs. C'est là l'occasion d'échanger sur les frontières, à travers des *rencontres frontières* (réunions, visites). Néanmoins, c'est lors de la participation à une activité commune que le terrain s'avère le plus fertile aux échanges, demandant un engagement mutuel, l'élaboration d'un répertoire commun et la nécessité d'entretenir le lien entre les CP concernées. C'est en ce sens que Wenger considère que la participation offre des possibilités de connexions entre les CP qui vont bien au-delà des rencontres frontières.

Ces pratiques peuvent prendre différentes formes comme nous le voyons dans le schéma ci-dessous :

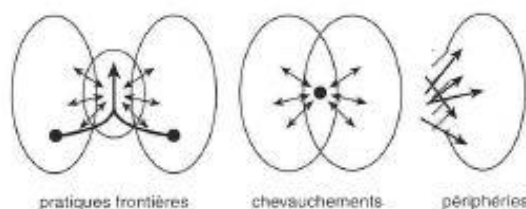


Figure 8 (Wenger, 1998/2009, p.126)

Les pratiques frontières renvoient aux groupes de travail dans les entreprises, par exemple. Le but est « de composer avec les frontières et de maintenir un lien avec plusieurs pratiques en examinant les conflits, les perspectives de réconciliation et la résolution des problèmes » (*Ibid.*, p. 126). Les chevauchements renvoient à une pratique conjointe et soutenue de deux pratiques. Les relations entre infirmières et médecins se situent très souvent à ce niveau-là dans le travail au quotidien, entre autres dans les visites médicales et tous les moments d'échanges sur les situations de patients. Finalement, il existe aussi des connexions en périphérie où la frontière est plus distendue, donc là où les gens peuvent être à la fois dedans et dehors, comme le sont les stagiaires de passage par exemple. Leur place est légitime même si elle ne vise pas une intégration pleine puisqu'elle n'est que limitée dans le temps. Elles voguent entre le monde de la formation et celui de leur service de stage, représentant tantôt l'un et tantôt l'autre. Les formations en alternance intégrative travaillent d'ailleurs beaucoup sur ces frontières.

Pour les nouvelles diplômées, nous avons vu qu'au début elles se positionnaient surtout en périphérie de leur propre CP le temps de faire leur preuve et de s'intégrer. Nous pouvons postuler qu'elles vont aussi se trouver plutôt dans des connexions périphériques. Certes, elles n'appartiennent plus au monde de la formation mais il reste pour elles un élément de référence prioritaire. Le choc de la réalité des débuts peut être vu comme l'effet de la mise en perspective des valeurs et pratiques de ces deux CP, comme le signale Lanza *et al.* (2001). Après quelques mois d'expérience, de connaissance du service, elles se positionnent plus au cœur de l'équipe, ont une meilleure compréhension de leur rôle, ce qui leur permet d'interagir davantage avec d'autres CP. Les médecins appartiennent à

la CP avec qui les relations sont très fréquentes, quotidiennes, où il y a de multiples chevauchements dans les pratiques. Ce fut à ce niveau que les NP décrivent de fréquentes difficultés entre les médecins et elles-mêmes. Si les conflits ne furent pas forcément ouverts, ils ont généré beaucoup d'insatisfaction et de frustration. Nous allons donc maintenant analyser ces conflits, leur-s source-s, leurs effets sur la collaboration mais aussi sur la construction identitaire des NP.

10.2 Conflits entre NP et médecins : de quoi sont-ils faits ? Quels effets ont-ils ?

Les situations rapportées par Agathe, Charline, Roxanne, Judith et Cléa, mettent en évidence différents types de conflits, principalement des conflits identitaires, de valeurs et de pouvoir. Très souvent, nous le verrons, il y a mélange de ces dimensions. Il en résultait un sentiment de frustration et de non-reconnaissance de leur travail.

10.2.1 Conflit de valeurs quant au sens de l'activité et de la mission

Dans son second poste, Roxanne a vécu douloureusement deux situations dans lesquelles elle se trouva en opposition avec les options thérapeutiques des médecins-assistants. La première est arrivée à ses débuts dans le service de médecine (environ cinq mois après le diplôme), la seconde à la fin de la première année de travail. Dans les deux situations, Roxanne nommait une antalgie insuffisante comme objet de désaccord. Dans l'analyse du déroulement des prises en charge, en sous-jacent, ce qui ressortait surtout, c'était la question du sens des soins qui étaient proposés à des patients en fin de vie : jusqu'où va-t-on ? Avec quels objectifs ? Le regard de Roxanne sur ces situations divergeait fortement de celui des médecins, ce qui était à l'origine d'importantes tensions identitaires.

Quel sens à la douleur quand il n'y a que la mort comme issue ?

Roxanne n'avait encore jamais assisté au moment où un patient décède et c'est quelque chose qu'elle craignait. Elle avait par contre déjà accompagné des personnes en fin de vie, et il était primordial pour elle d'offrir un soutien de qualité pour cette dernière étape de vie. Pour elle, la mort n'était pas un échec des soins. La première situation problématique concernait un patient atteint d'un cancer en stade terminal pour qui un transfert en soins palliatifs était prévu à court terme, la fin étant proche. Ce monsieur présentait des douleurs très importantes qui n'étaient pas calmées par l'antalgie prescrite. Plusieurs adaptations avaient été tentées sans succès :

Y avait rien qu'était l'idéal pour ce patient et moi j'avais beaucoup de peine à gérer ça parce que j'avais l'impression qu'il était là et on essayait de faire quelque chose pour lui, mais on n'arrivait pas. Et chaque fois que j'allais dans la chambre, il me disait : « j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal. » Et je veux dire, on peut lui donner quelque chose mais si ça sert à rien... (Roxanne, E3, p.184)

Elle se sentait impuissante face à sa douleur. Les soins imposaient un temps de présence important auprès de lui, elle était donc fréquemment et longuement témoin des manifestations de douleur d'où sa conviction absolue de l'insuffisance de l'antalgie qui

rendait la qualité des soins mauvaise de ce point de vue. Roxanne estimait qu'il était temps de passer à des médicaments d'un niveau majeur (des Morphiniques) et à des doses conséquentes. Malgré ses multiples tentatives, elle n'était pas entendue par la jeune médecin-assistante du service :

Chaque jour, à la visite, je disais : « écoute, ça sert à rien, ça fait pas d'effet, il crève de mal. » Et elle venait le voir et elle disait : « oui, je peux vous mettre ça mais après vous allez dormir toute la journée donc j'ai pas envie. » Et lui il disait : « à la limite je préfère dormir. » Et ça, elle entendait pas et moi ça me faisait de la peine qu'elle entende pas, je veux dire un patient qu'est à un mois de mourir, qu'est-ce que ça peut faire s'il préfère dormir que d'avoir mal ? (Ibid.)

Face à une même situation, toutes deux avaient une lecture très différente, ne plaçaient pas les priorités au même endroit. L'assistante était débutante aussi et, à l'inverse de Roxanne, n'avait pas à rester de longs moments auprès du patient. Il est fort envisageable qu'elle se sentait elle aussi démunie face au patient, face aux demandes répétitives de la NP, cependant elle avait la « protection » de pouvoir partir, s'extraire de ce lourd contexte.

Nous pouvons également faire l'hypothèse que l'interprétation de ce que sont la qualité de vie et la qualité des soins était différente pour chacune d'elles et que c'était cette interprétation sous-jacente à celle de l'antalgie qui était un vrai problème. Il semble que les points de vue respectifs étaient tranchés, par exemple sur le thème douleur/antalgie versus état de conscience. Avec des échanges tournant en boucle autour du même focus, il ne leur était pas possible de prendre une position méta et d'aborder ouvertement cette thématique qui guidait l'activité. Il y aurait eu là un véritable besoin de négociation de sens, tant sur le but que sur les moyens d'y parvenir pour élaborer une solution satisfaisante pour toutes les parties. A cela s'ajoutait un obstacle supplémentaire : chacune était en train de se faire sa place dans un nouveau contexte, un nouveau rôle, ce qui pouvait être un frein à l'entrée en discussion par insécurité et manque de repères sur ce qu'il est possible d'attendre dans une telle relation de travail.

Pour Roxanne, la situation était d'autant moins supportable qu'elle était fortement investie dans la relation avec ce patient. Elle avait craint d'aborder directement avec lui sa situation de fin de vie. Pourtant, à travers les soins du quotidien, elle a progressivement créé une relation de confiance. Il était essentiel pour Roxanne de dépasser ses peurs et de s'engager dans cette relation. Ceci fut renforcé par le fait que ce patient avait des interactions crispées par moments avec certaines de ses collègues. Cette relation privilégiée renforçait le sentiment qu'elle avait une mission vis-à-vis de lui.

Malgré ce lien de qualité, il était pénible à Roxanne de ne pas savoir exactement où lui en était dans la compréhension de sa maladie, de sa mort prochaine. Elle avait parfois l'impression qu'il était dans le déni parce qu'il parlait d'un éventuel retour à domicile alors que c'étaient les soins palliatifs qui étaient prévus pour ses derniers jours. En y réfléchissant, elle s'est rendu compte que, peut-être, il y avait divergence entre ses besoins de soignante et ceux du patient :

Je pense que ça m'appartenait davantage, que moi j'aurais eu envie de parler avec lui beaucoup de ça pour savoir où il en était, comment il comprenait, pour pouvoir en fait mieux l'accompagner. [...] C'était difficile de le recentrer, de le recadrer parce que je me dis, pour ce qui lui reste à vivre, tant mieux pour lui s'il profite des bons moments et qu'il voit pas toute la réalité en face, ou qu'il préfère pas la voir. Mais c'est vrai que je sais pas si c'est bien ou pas. (Ibid.)

Elle percevait que, plus que du déni, il s'agissait de la manière qu'avait ce monsieur de s'accommoder de sa situation. Il est intéressant de relever qu'elle parlait toujours de ce qui se passait dans leurs interactions comme si tout ce qui habitait ce monsieur s'y trouvait explicité, mais elle ne semblait pas tenir compte de tout son monde intime auquel elle n'avait pas accès. Elle ne savait pas comment s'y adapter, tiraillée entre son besoin d'être dans *la vérité* et celui du patient d'une relative omission qui lui permettait de tenir. Nous voyons dans ses valeurs et son interprétation du comportement du patient un certain désir d'absolu qui l'habite tant au niveau personnel que professionnel. Cela l'amenait à s'interroger sur la justesse de son action. Des tensions identitaires fortes étaient donc bien présentes dans la réalisation de son propre rôle, entre soi actuel et soi idéal, mais aussi entre soi et autrui (le patient) qui, s'il la reconnaissait et la valorisait, lui résistait également que ce soit volontairement ou non.

Dans ce contexte de fin de vie et d'attachement, les douleurs intenses du patient n'avaient pas de sens pour Roxanne et rendaient l'attitude du médecin d'autant plus incompréhensible. Sa loyauté allait au patient et elle se positionnait en porte-parole de celui-ci. Nous pouvons aussi repérer des aspects en lien avec un conflit de pouvoir, où elle tente de défendre le faible face au fort (le médecin) qui est susceptible de l'aider. Il semble qu'elle-même associe son niveau de puissance à celui du patient, donc en infériorité, mais avec quand même des options supplémentaires pour infléchir les décisions. Elle se trouve pleinement en position d'intermédiaire culturelle, à un moment où les logiques des différents systèmes culturels sont en contradiction, ou en tout cas en tension.

Aller jusqu'au bout : accompagner la fin de vie ou sauver ? Etre avec ou agir ?

Nous avons déjà parlé de cette situation dans le chapitre 7. Roxanne s'occupait d'un patient âgé de plus de 80 ans, présentant un handicap mental. Cet homme, qui vivait à domicile avec sa sœur du même âge, avait fait une chute :

C'est déjà à la base une situation qui me frustre parce que c'est un patient qu'est entré, un patient avec un handicap mental, qu'est entré avec une fracture à la hanche, et je veux dire, il s'est infecté au niveau pulmonaire, il s'est infecté au niveau des urines, il s'est infecté au niveau d'un cath lombaire qu'ils lui ont mis pour les douleurs, donc je veux dire le monsieur il est juste mal. Et ils veulent rien lui mettre pour la douleur parce qu'il est en subiléus [transit intestinal quasiment à l'arrêt], donc ils veulent pas de Mo [Morphine], ils veulent pas de patch [d'opiacés], ils veulent pas de Dafalgan[®] parce qu'ils veulent voir s'il chauffe ou pas alors que, de toute façon, on en fera rien du tout. (Roxanne, E6, p.185-186)

A nouveau, une mauvaise gestion de l'antalgie la mettait en difficulté dans son activité et était le point d'entrée dans la problématique. En plus, si elle ne pensait pas qu'il y avait eu des erreurs, elle constatait que l'état du patient se péjorait de plus en plus depuis son hospitalisation. La prise en charge s'avérait donc inefficace à tout point de vue, et elle était même parfois maltraitante. Tenant compte de son âge et des conditions de vie à domicile, la situation de ce patient n'avait pour elle pas d'autre issue que la mort, donc le but des soins aurait dû être un accompagnement de fin de vie avec un accent prioritaire sur l'antalgie et le confort. Sa lecture de la situation était à nouveau différente de celle des médecins :

Avec tout ce matériel autour de lui, c'est génial, non mais je crois qu'ils [les médecins] veulent le sauver, je sais pas ! (Ibid., p.186)

Elle était dans le non-sens, en porte-à-faux avec les options thérapeutiques choisies. L'ironie dans ses propos en est la démonstration. Les conditions d'hospitalisation étaient également problématiques. Ce monsieur demandait des soins constants, plusieurs heures d'affilée :

Il a le visage très crispé, il est très pâle, il est plus que tachycarde, et on le tourne il crie, il gémit, enfin pour moi c'est quelqu'un qu'a mal. Et je trouve que c'est une situation horrible de laisser quelqu'un comme ça, en train de mourir au milieu déjà plein d'autres messieurs, avec plein de visites à tout bout de champ. J'ai encore demandé aujourd'hui si on pouvait avoir une chambre seul : « non parce que peut-être qu'on va quand même réussir à le sauver. » Non mais je veux dire, un moment donné, même s'ils arrivent à le sauver, tant mieux mais alors une chambre seul ! (Ibid.)

Roxanne avait l'impression que le patient était abandonné dans des conditions indignes, et elle se sentait elle-même abandonnée. L'obligation d'être témoin de cette souffrance durant de longues heures et même, souvent, d'être l'auteure des douleurs à travers les soins réalisés était génératrice d'une grande souffrance, ressentie comme relevant de l'ordre de l'« horrible ». Le manque d'intimité dans ce moment charnière représentait pour elle une agression supplémentaire pour le patient. Il est vraisemblable que cela causait aussi chez elle des tensions par rapport à l'image d'elle-même qu'elle pouvait donner à autrui (autres patients, visites) en réalisant des actes qui conduisaient le patient à gémir, à crier. Dans ce contexte particulièrement difficile, à un moment de surcharge globale de l'activité du service, elle devait en plus encadrer une stagiaire. Il y avait là trop de tout et une limitation importante de l'énergie nécessaire pour pouvoir assumer l'intégralité de sa charge de travail. Le défaut de sens s'en trouvait fortement exacerbé. La souffrance au travail était intense.

Roxanne vivait de fortes tensions identitaires : il n'était même plus question d'idéal, mais simplement de réaliser des soins humains et pertinents dans ce contexte, ce qui aurait permis de redonner du sens à son travail. Pour tenter d'en sortir, à nouveau, elle a seriné le médecin-assistant pendant trois jours, insistant sans succès pour la prescription d'une

antalgie efficace. Quand elle obtenait enfin un ordre médical, il était inutile : le patient vomissait tout ce qu'il ingérait, un autre mode d'administration était indispensable.

L'impuissance et la frustration étaient aiguës. Roxanne comprenait ce qui motivait le médecin : certes il était plus expérimenté que la première assistante mais il vivait une situation difficile. L'avis de l'équipe et de Roxanne était que le patient était en fin de vie mais :

L'avis du médecin c'est : il est en fin de vie mais je veux le sauver. Parce que je pense qu'il a eu trop de décès, parce que la semaine passée on a eu trois décès le même jour, mais j'étais jamais là (rire). Mais pour lui c'était terrible, je veux dire, c'est un assistant qu'a fait plutôt de la psy et qu'a fait médecine pour faire psychiatre, donc je veux dire faire de la médecine « médecine », pour lui c'était déjà difficile, et d'avoir tous ces décès, pour lui c'est terrible. Et je veux dire, un soir il a éclaté en pleurs, il a dit : « moi, j'en peux plus, tous ces gens qui meurent à cause de moi. » Lui il se sent coupable. Et je pense cette situation, il a envie de sauver ce monsieur, mais je veux dire, un moment donné il faut dire stop, c'est un monsieur qu'a plus que 80 ans, enfin je sais pas. (Ibid.)

Si elle éprouvait de la compassion pour le médecin, ses priorités allaient vers le patient : elle ne pouvait donc pas accepter la prise en charge proposée. Elle se sentait d'autant plus tenue de défendre le patient que son état et sa déficience mentale ne lui permettaient pas d'exprimer des souhaits et que la sœur de ce dernier ne comprenait pas bien ce qui se passait, si ce n'est qu'il allait très mal, et ne pouvait se positionner face aux médecins.

Pour analyser une relation de pouvoir, Crozier et Friedberg (1992) soulignent qu'il est nécessaire de s'interroger sur les ressources dont dispose chaque partenaire et ce qu'elles leur offrent comme liberté d'action dans une situation donnée. Dans cette situation, de même que dans la précédente, nous pouvons observer que Roxanne non seulement n'a pas la liberté d'action qu'elle souhaite, mais qu'en plus elle a une certaine obligation d'action contraire à ce qu'elle juge pertinent. Elle se trouve donc prise dans une double contrainte. Différents éléments peuvent générer cela. En ce qui la concerne, elle est jeune dans le service, encore peu expérimentée et, de plus, en train de se faire sa place dans la CP (le service de soins). Dans son discours, elle paraît très seule pour défendre sa position, qui d'après elle se rapproche de celle du patient. Si, dans la deuxième situation, l'équipe semble partager son avis, les échanges qu'elle décrit la placent pourtant en face-à-face avec le médecin-assistant.

Dans cette relation de pouvoir, sa manière de réagir en solitaire est probablement une limitation importante à l'influence qu'elle pourrait avoir pour infléchir la position du médecin. Nous pouvons aussi nous interroger sur la manière dont elle a transmis les données au médecin : permettait-elle de percevoir l'intensité de la douleur du patient en amenant des éléments objectifs et les interprétations qui en découlent ? Est-ce que sa propre souffrance de soignante était mise en lumière ? Le sens de l'action entreprise était-il mis en perspective explicitement ? Etc. Des aspects sont présents dans ses propos, mais il nous manque le fond et la forme dans le courant de l'interaction pour bien cerner les

leviers actionnés ou ceux qui auraient pu l'être, pour remettre en question les options thérapeutiques. Il n'en reste pas moins qu'effectivement les choix thérapeutiques sont du ressort du médecin, c'est sa responsabilité et son pouvoir, en lien avec des connaissances spécifiques à sa formation. Statutairement, son avis prime, c'est un fait. Toutefois, il ne peut pas décider sans prise en compte des autres, puisque ce n'est pas lui qui va mettre en application la décision. S'il veut être sûr qu'il y a adhésion et loyauté dans la réalisation, la négociation de sens est indispensable et ces situations en sont typiquement le reflet.

Il est intéressant d'étudier aussi la manière de Roxanne de tenter de comprendre les motivations du médecin. Elle se montre empathique envers lui, mais place quand même ses priorités. Elle parle surtout du patient, même si elle-même compte aussi. Cependant elle ne le pose pas sur le tapis face à la figure d'autorité qu'est le médecin. Nous pouvons nous interroger jusqu'à quel point elle ne se piège pas de cette manière. En effet, sa compassion pour le médecin, si elle est tout à fait salutaire du point de vue interpersonnel, l'empêche probablement d'être clairement et fermement positionnée, et ceci pour « ne pas lui faire plus de mal ». Elle aurait pu mettre en écho sa propre souffrance avec celle du médecin pour échanger sur ce à quoi les confrontent leurs professions, l'impact que cela a sur eux tant personnellement que professionnellement et donc négocier sur le sens de leur activité. Dans ce contexte, le médecin s'est montré fragilisé, sa solitude est perceptible, il ne se positionne donc pas en tant qu'autorité omnipotente. Cela aurait permis de remettre en perspective la relation de pouvoir, entre autres en atténuant la verticalité de la relation par une parité de vécu expérientiel. Il aurait fallu pour cela que Roxanne se montre avec ses failles, ce qui était difficile pour elle. Quant au médecin, entrer en matière impliquait d'être confronté aux répercussions sur les autres de ce qu'il vivait et de sa manière de le gérer. Cette posture-là est dans tous les cas très difficile et représente une prise de risque. Cela apparaît d'autant plus compliqué dans un contexte où tout le monde souffre pour des raisons à la fois individuelles, contextuelles mais aussi liées aux effets de leurs interactions.

10.2.2 Conflit identitaire et professionnel en regard des modes de collaboration

La collaboration médecin-infirmière fut en elle-même une source importante de questionnement pour les NP. En dehors de tout conflit, cette relation était très chargée émotionnellement et cognitivement. L'image que les NP allaient donner d'elles-mêmes à un autrui significatif par son statut, son pouvoir, était importante à leurs yeux, comme nous l'avons déjà vu. Cela se manifestait, entre autres, dans leur désir, particulièrement au début, de répondre aux attentes des médecins :

*C'est ça en fait que je redoutais le plus, c'était de pas pouvoir m'adapter au médecin.
(Charline, E2, p.42) J'essayais de répondre à leurs demandes sans faire d'erreur,
ou en sachant ce qu'ils voulaient, sans voir plus loin. (Agathe, E4, p.16)*

Comme nous le voyons, elles se plaçaient dans une position où elles étaient au service des médecins. Les situations de conflit ou de dissension générées par les modes de collaboration ont joué un rôle identitaire important, tant dans la définition de leur propre

rôle de soignante que dans celui qu'elles prenaient dans l'interaction elle-même. Conflits professionnel, identitaire et de pouvoir étaient étroitement liés. Leur manière de réagir était souvent guidée par l'importance qu'elles accordaient à leur mission. Leurs valeurs professionnelles étaient leur moteur, les plaçant parfois dans des conflits de loyauté vis-à-vis du patient ou du médecin et/ou les obligeant à entrer ou à supporter le rapport de force avec les médecins dans une relation où elles se sentaient en position d'infériorité. Dans une revue de littérature traitant de la collaboration entre médecins et infirmières, Tang, Chan, Zhou et Liaw (2013) mettent en évidence que si celle-ci est reconnue comme indispensable par les deux corps professionnels, elle est beaucoup plus valorisée par les infirmières. Une des raisons est liée aux différences dans leur formation et leur philosophie de soins. Au niveau des médecins, l'accent est mis sur le développement de compétences techniques avec une concentration sur le traitement pour guérir, alors que les infirmières mettent plus l'accent sur des compétences interpersonnelles pour offrir des soins holistiques (Hughes & Fitzpatrick, 2010; Sirota, 2007). Nous allons maintenant étudier certains modes collaboratifs qui se sont avérés conflictuels.

La collaboration en tant qu'objet de négociation

La collaboration en tant qu'objet de négociation fut un thème récurrent pour Charline en psychiatrie. De multiples incidents répétitifs ont fait « événement » dans le cadre du travail avec les médecins. Alors que, dans ses représentations, tout le monde tirait à la même corde pour le bien du patient, l'expérience qu'elle fit était en rupture avec cette conviction. Il en résulta une altération de la qualité des soins, de son sentiment de compétence ainsi que du respect réciproque entre médecin et infirmière.

La qualité de la collaboration avec les médecins était très dépendante des personnes en présence selon Charline. Elle était donc davantage liée à la personnalité de chacun des partenaires qu'à leur mission commune. Dans le cadre de la prise en charge des patients en psychiatrie, les entretiens soignant-patient sont un élément central. Dans le courant de leur séjour, les patients ont des entretiens formels et informels avec les infirmières au quotidien. Des entretiens médico-infirmiers sont organisés une à deux fois par semaine pour chaque patient, afin de faire un état des lieux de l'évolution et adapter l'offre en soins. Ces entretiens étaient une grande source d'inquiétude pour Charline à ses débuts. Il n'y avait pas une manière standard de les mener, si ce n'est que c'était le médecin qui les gérait, ce qui posait donc la question de la position et de la possibilité de parole de l'infirmière présente. Pour Charline, il était évident que c'était à l'infirmière de s'adapter :

C'est vrai que c'est différent, ceux avec qui j'interviens librement ou comme ça, la relation elle est aussi, on se tutoie par exemple. Je dirais que c'est, pas une relation d'égal à égal parce que eux ils sont médecins, on sait, nous on est infirmière, on sait, mais en tout cas ils tiennent compte de ce qu'on leur apporte en fait, et de ce qu'on leur dit. Après, c'est vrai qu'avec d'autres, on leur dit mais on sait qu'on sera pas vraiment entendu. Donc c'est vrai que les types de collaboration sont différents. (Charline, E2, p.42)

De son discours ressort de manière évidente que le statut hiérarchique de l'infirmière est très inférieur à celui du médecin. Il en découle qu'être écoutée dans ce qu'elle a à dire est une faveur qui lui est accordée par celui qui détient le pouvoir. La pertinence de son discours ne semble pas être liée à ses compétences professionnelles mais à la bienveillance d'un être supérieur. Quelle que soit la teneur de ses propos, leur prise en compte ne tient pas à elle. Cela laisse sous-entendre aussi que le médecin peut tout à fait réaliser son travail sans avoir besoin des données que les infirmières peuvent lui fournir. En ce sens, le niveau de prise en compte des propos des infirmières tient autant d'une reconnaissance d'existence que de valeur. Charline était heurtée, voire vexée, vivant un vrai conflit identitaire avec des tensions entre soi et autrui (en regard de la place occupée et le défaut de reconnaissance), mais aussi entre soi actuel et soi idéal (l'idéal se référant autant à elle comme infirmière qu'au corps professionnel en général) :

Je trouve que c'est surtout dommage par rapport au patient. Souvent c'est que des idées que j'émetts, mais je pense pas qu'elles sont non plus tout le temps stupides. Y a des trucs, je trouve, ça passe à la trappe et c'est dommage. Je trouverais que ça mériterait une investigation. Si je le dis, c'est qu'en plus on en a discuté peut-être avec mes collègues ou comme ça. (Charline, E2, p.42)

Dans ces débuts en psychiatrie, la réponse médicale à ses propositions générait le doute sur l'interprétation qu'elle faisait de la situation, d'autant plus quand le médecin était un chef de clinique comme dans la situation ci-dessus. La validation des pairs, de sa CP d'appartenance, lui donnait une sécurité et accordait du poids à ses idées. La fragilité ressentie liée à son statut et à sa jeunesse était donc partiellement compensée par le groupe, ce qui ne l'empêchait pas de vivre très péniblement les entretiens, la pertinence de la prise en charge demandant la pluralité des regards (médicaux, infirmiers, ceux du patient et de ses proches). Le renvoi de ce chef de clinique l'a soulagée, signifiant clairement pour elle que le dysfonctionnement se trouvait chez lui, sans que pour autant la question de fond de la reconnaissance et du partenariat n'ait été traitée.

Par chance, le changement de chef s'avéra très positif, le remplaçant se montrant respectueux des infirmières et prenant en compte leur point de vue :

Les projets sont clairs, on change pas tous les jours, mon Dieu on peut discuter avec lui, les entretiens c'est incroyable. On aboutit enfin à quelque chose, j'ai envie de dire. Mais après, donc lui il a une très bonne notion de comment ça se passe, mais par contre les assistants, c'est zéro. Enfin moi, je sais que je suis chiant avec eux, mais je suis tout le temps derrière eux. (Charline, E6, p.43)

Les enjeux de la collaboration sont bien mis en lien avec la pertinence de l'activité infirmière et les intérêts du patient. La convergence ou la divergence dans la perception des buts de l'activité favorise ou freine le fonctionnement commun. Les échanges médecin-infirmières permettent visiblement la négociation de sens conduisant à une satisfaction de part et d'autre. Cependant, la disparité des fonctionnements des médecins faisait souffler le chaud et le froid sur le travail des soignantes et sur la cohérence des prises en charge, ainsi que sur le sentiment de reconnaissance.

La qualité des relations interpersonnelles semblait être pour Charline la base des relations professionnelles. Chez elle, le besoin de se sentir en confiance est premier dans une relation duale médecin et elle. La sécurité psychologique au travail semble découler de ce lien premier, ou, en tout cas, il y a une étroite interdépendance entre les deux aspects. Cela pourrait aussi être lu comme un premier lien qui se crée davantage sur le registre des affinités et qui, suite au travail en commun, se transforme dans la participation à une CP ou en tout cas, dans le chevauchement d'activités entre CP. Il en découlait qu'elle pouvait rentrer dans la négociation sur la manière de collaborer quand la relation était bonne :

J'ai posé la question en fait parce que la première fois que je suis allée en entretien avec un médecin-assistant qui semble relativement jeune, le premier entretien qu'on a eu ensemble, j'ai rien osé dire. Mais après, en sortant, j'ai quand même posé la question parce que, pendant l'entretien, je m'étais pas vraiment sentie à l'aise parce qu'il posait des questions et la dame pouvait pas répondre, moi je savais la réponse alors je savais pas comment je devais me positionner. Je lui ai posé la question : « comment est-ce que t'as l'habitude de fonctionner pour un entretien ? » Une fois que ça, ça a été dit, après c'était OK. (Ibid.)

La façon dont est posée la question semble à nouveau mettre la nécessité d'adaptation surtout de son côté. Néanmoins, nous pouvons bien imaginer qu'ouvrir la discussion sur le sujet entre deux jeunes professionnels amène à un véritable échange et pas seulement à un ordre suivi dans une soumission. Il est aussi patent qu'il faut suffisamment de temps de travail en proximité pour pouvoir s'observer, se connaître et s'accorder. Après quelques mois et plusieurs changements d'assistants, Charline était satisfaite de voir qu'elle osait plus prendre sa place durant les entretiens :

Y a un des médecins, dans notre équipe on trouve qu'il est peu clair quand il s'exprime avec les patients, donc là j'hésite pas à prendre la parole pour vraiment expliquer les choses très clairement au patient. Donc ça, moi je suis contente. Et après, y en a une autre, je pense que c'est en la connaissant et en voyant comment elle fonctionne pour les entretiens, là une confiance s'installe et la peur de dire n'importe quoi ou de poser une question débile elle part. (Charline, E5, p.42)

Avec l'expérience et la connaissance des médecins, une SPT s'installe avec certains, comme là avec l'assistante. Elle peut donc manifester des comportements d'apprentissage sans se mettre en danger interpersonnel. Le fait qu'il s'agisse de médecins-assistants, jeunes professionnels comme elle, diminue probablement la verticalité perçue de la relation. Visiblement, la collaboration est quelque chose qui se discute dans le cadre de la CP constituée par l'équipe de soins. Se sentant intégrée, en sécurité sur sa place dans l'équipe et avec des acquis professionnels supplémentaires, Charline peut se décentrer d'elle-même et de sa place dans les entretiens pour mettre la priorité sur le patient et la pertinence de la prise en charge. Il s'agissait de sa préoccupation dès le départ, mais pour qu'elle puisse prendre une participation active dans ce processus, elle devait avoir suffisamment de sécurité personnelle. Ce qui a changé avec le temps, ce n'est donc pas tant ses objectifs que ses ressources et stratégies pour pouvoir les atteindre dans une relation collaborative.

Elaborer des projets communs de prise en charge

L'hôpital psychiatrique avait du mal à embaucher du personnel suisse qualifié, tant infirmier que médical. Il se tournait donc vers des médecins de l'Est, formés dans leur propre pays. Souvent, la langue représentait d'emblée un problème par défaut de maîtrise. Dans une profession où la base des soins est la relation, il s'agissait d'un obstacle substantiel. A cela s'ajoutait la méconnaissance de la complexité du système de santé suisse. L'organisation fédéraliste suisse est souvent très déstabilisante et étrange pour des personnes émanant de pays où la politique et la gestion sont centralisées. Une des conséquences était des propositions manquant de faisabilité, voire de réalisme. La problématique était d'autant plus aiguë quand les médecins élaboraient leurs propositions directement devant le patient :

Si on a une tout autre pensée que le médecin, on va pas intervenir en entretien parce qu'en fait je pense que chaque membre de l'équipe a eu une fois un entretien comme ça, où lui il dit un truc et, en fait, ça vaut rien parce que, forcément, c'est pas eux qui organisent la suite à l'extérieur. Eux, ils croient qu'ils ont qu'à claquer des doigts et tout se met en place. C'est un peu ça chez nous, alors que non. Alors, des fois, ils disent des choses au patient, toi t'es là : « non, mais c'est pas comme ça que ça se passe. » Et tu peux pas intervenir en entretien tout d'un coup contre le médecin. (Charline, E5, p.43)

Par loyauté vis-à-vis du médecin, et pour éviter que le patient ne perde confiance (ce qui peut aussi être vu comme une loyauté face à ce dernier), Charline se trouvait dans une posture contradictoire. Celle-ci générait d'autant plus de tensions qu'en fait sa propre position était très claire mais elle se sentait tenue de se contenir. Elle choisissait délibérément de différer l'expression de son point de vue, de ses intérêts et de ses besoins, pour ne pas créer une situation confuse et désécurisante pour un patient déjà fragilisé psychiquement. Sa posture semble pertinente, fruit d'une construction issue d'une expérience de plusieurs mois et d'un partage avec ses pairs.

D'autres fois, les décisions de prise en charge étaient modifiées d'un jour à l'autre. Entre-temps, les infirmières avaient déjà entrepris des démarches :

Souvent, on arrive en une journée à organiser des entretiens qui le lendemain n'ont plus lieu d'être, donc on doit tout annuler. Donc on fait souvent vingt millions de téléphones pour pas grand-chose au final. Donc ça, c'est vraiment une erreur pour nous. (Ibid.)

Le sentiment qui prédominait, c'était de travailler dans le vide. Le problème était renforcé par le tournus très fréquent des médecins qui connaissaient peu les patients chroniques et qui suggéraient de répéter une même procédure pour la Xième fois alors que l'équipe avait en mémoire les tentatives précédentes échouées.

Ce fonctionnement médical était donc aussi perçu comme un défaut de reconnaissance du travail des soignantes. Les changements fréquents de stratégies de prise en charge par les médecins ne tenaient pas compte de l'ampleur du travail que les infirmières devaient réaliser pour remplir le mandat et qui s'amorçait dès que la décision était prise. D'autre

part, les options de traitement étaient décidées sans concertation avec les infirmières qui connaissaient certains patients depuis longtemps et avaient déjà eu l'occasion d'expérimenter les procédures proposées sans succès. La relation se place donc dans une hiérarchie très verticale. Il s'agissait d'un fonctionnement répétitif avec différents médecins. Dans ce cadre, une négociation de sens serait nécessaire à deux niveaux : celui du fonctionnement collaboratif en lui-même et celui centré sur l'activité, autant en ce qui concerne les buts que les stratégies de réalisation. Certes Charline exprimait son point de vue sur la collaboration aux médecins, mais il semble qu'il s'agissait plus d'un conflit de pouvoir sur le mode « ping-pong » plutôt qu'une mise à plat dans une perspective de résolution d'un problème qui concerne non seulement ces deux personnes mais les deux CP auxquels ils appartiennent.

Défaut de communication entre médecins, entre médecins et infirmières et impact sur la prise en charge

Pour le travail collaboratif, la circulation de l'information est une condition *sine qua non*. Les NP ont fréquemment signalé ces difficultés de coordination entre les médecins et les infirmières. Pour Cléa et Charline, ce fut une grande source d'insatisfaction, des prises en charge en étaient ralenties, et par là même la qualité des soins.

Dans le service de Cléa, les situations les plus problématiques concernaient des patients polyopathologiques, comme celle d'une dame longuement hospitalisée dans le service et qui accumulaient les complications. Dans l'univers hyperspécialisé que sont les hôpitaux somatiques aigus, les intervenants autour d'une telle patiente sont multiples : en l'occurrence, les médecins du service (médecin-assistant et chef de clinique), les néphrologues, les diabétologues et les chirurgiens. Ce qui se passait, c'était que :

Surtout quand les néphrologues prennent une décision, ils nous avertissent pas, ils avertissent pas le médecin-assistant. Alors des fois ils arrivent pour une visite en chambre, alors ils viennent à 6h le soir, on les voit passer, on les voit ressortir mais ils vont même pas nous dire de quoi ils ont parlé avec la dame, de ce qu'ils ont pensé, de ce qu'ils vont faire. Donc entre-temps, en général ils essaient de joindre le médecin-assistant, alors une fois qu'ils l'ont joint, c'est déjà 8h le soir, et après le médecin-assistant vient chez nous et dit : « oui, alors il faudra faire ça, ça et ça. » Et nous, on a peut-être aussi des opinions par rapport à ces ordres-là, qu'on trouve peut-être pas ça juste par rapport à la patiente, qu'elle, elle avait plutôt un souhait comme ça qu'elle nous avait confié et qu'on aimerait plutôt que ça passe par autre chose. Enfin c'est de la communication. (Cléa, E3, p.82)

La cohérence de la prise en charge était ainsi rendue difficile, les intervenants ne se mettant jamais tous ensemble autour d'une table. Chacun mettait le focus sur ce qui le concernait spécifiquement, sans prise en compte du reste du système, le système pouvant autant être vu comme l'organisme de la « dame » que l'institution. Cléa était convaincue que ce fonctionnement dissocié était à l'origine d'une prolongation du séjour et probablement d'une moindre pertinence dans les options thérapeutiques. Nous pouvons postuler que cela était également problématique dans la CP des médecins. En effet, le

retour des informations des médecins-chefs allait vers le médecin-assistant. Celui-ci, le plus jeune et inexpérimenté, se retrouvait à devoir faire circuler l'information entre différents chefs qui étaient en position d'autorité par rapport à lui. Les enjeux de pouvoir et de place entre les médecins-chefs sont assez fréquents et marqués, et une cause probable à l'origine des défauts de communication et de collaboration. Pour l'assistant, tenter de négocier la dynamique de circulation de l'information, est donc très difficile, voire impossible. Ce fonctionnement général ne laisse que peu de place à la constitution d'un répertoire commun et à la négociation de sens.

Comme pour Charline précédemment, les infirmières se sentaient discréditées par le comportement des médecins-chefs tant leur point de vue semblait négligeable. Il y avait un défaut de reconnaissance et elles étaient placées dans une position de « simples exécutantes ». Pour les NP qui valorisaient énormément la réflexivité, cette attitude attaquait leurs valeurs et leur identité d'où les sentiments de colère, de frustration et de déception. Le poids du regard (ou de l'absence de regard) de ces personnes jugées supérieures, plutôt respectées et admirées au début, était donc particulièrement pesant et rendait, de ce fait, plus difficile la prise de recul par rapport aux émotions et sentiments ressentis, entre autres l'impuissance.

La non-reconnaissance du travail des infirmières était aussi ressentie par rapport aux visites médicales tardives qui alourdissaient l'organisation soignante à un moment où l'équipe fonctionnait en effectif réduit. Les ordres médicaux sont susceptibles de mobiliser d'autres services (pharmacie, radiologie, etc.) pour permettre leur réalisation. Pour être la plus efficace et pertinente, la mise en place des traitements et leur adaptation se réalisent donc durant la journée. La soirée et la nuit ne se discutent que les urgences ou les imprévus. Le fonctionnement de ces médecins-chefs, à contretemps du fonctionnement institutionnel, peut donc être ressenti comme une manifestation de pouvoir et de mépris vis-à-vis des « plus petits », dont ils attendent une obéissance quelles que soient les conditions du contexte.

Charline vivait cette même problématique, mais avec les médecins-assistants qui planifiaient des entretiens médico-infirmiers en fin de journée :

Mais c'est bête, c'est vraiment le patient qui en pâtit parce qu'après les médecins, ils nous font pas de bons retours, on n'a pas toutes les infos après. Malheureusement, c'est au détriment du patient. Après, nous, on peut pas non plus tout le temps se mettre dans la galère ou en train de trimer pour les accompagner. (Charline, E6, p.44)

Le défaut de reconnaissance passait par l'évidence pour les médecins que c'était toujours aux infirmières de s'adapter à leur organisation. Et, finalement, si elles ne parvenaient pas à se libérer, ce n'était pas grave. De là à comprendre que leur présence n'est pas indispensable, il n'y a qu'un pas. Dans tous les cas, symboliquement, la collaboration n'est pas valorisée.

Le défaut de circulation de l'information entre médecins et infirmières parasitait aussi la relation infirmière-patiente :

Nous, la patiente, elle nous dit beaucoup de choses et souvent ce qu'elle nous dit, c'est pas pareil que ce qu'elle dit au néphrologue. Et ce que le néphrologue a dit à la patiente, la patiente nous le redit mais c'est pas pareil, donc on fait que de se marcher dessus. On n'a jamais la bonne information qui circule, elle est toujours déformée, enfin c'est le truc du téléphone, elle est toujours déformée. (Cléa, E3, p.82)

Les infirmières jouant le rôle de plaque tournante de l'information dans le système hospitalier (Nadot *et al.*, 2002), nous voyons la difficulté de traiter des données imprécises, partielles, émanant rarement de la source. La prise en charge en est dégradée. Cléa ne met pas en doute la parole de la patiente, mais sa courte expérience lui a appris que, face aux médecins, les patients se montrent souvent respectueux et qu'ils n'osent plus dire ce qu'ils s'étaient promis d'exprimer. Les infirmières jouent souvent le rôle de relais ou encouragent le patient à parler durant la visite. Son absence lors des visites l'empêchait de tenir ce rôle qui était important pour elle. Le feed-back imprécis de la patiente créait un nouvel obstacle, générant de l'insécurité sur ce qu'il y avait à mettre en place.

Pour Charline, dont les patients étaient atteints de maladie psychique décompensée, le relais de leur part était encore plus difficile à prendre en compte pour poursuivre la prise en charge. Son besoin d'être présente aux entretiens pour représenter le patient et assurer le suivi était donc encore accru :

Enfin, je veux dire je trouve ça terrible, je ne laisserai pas ma grand-maman avec ces médecins, enfin je ferai tout pour être là le plus souvent possible, lors d'entretiens, lors de tout... Donc, c'est vrai que certains petits grands-papas ou grands-mamans des fois je les surprotège en disant : « mais purée, les médecins, mais non »... Des fois, c'est dur de prendre parti, non justement de pas prendre parti (rire). (Charline, E6, p.44)

Son lapsus est révélateur. Sa loyauté va prioritairement aux patients comme nous l'avons vu précédemment. Certes l'identification avec sa propre grand-mère y joue un rôle, mais c'est surtout le manque de confiance dans les compétences de certains médecins qui influe sur son comportement et ses choix. Dans ce contexte, comment véritablement collaborer ? L'entrée en relation est une condition première pour le faire, et visiblement, elle est déficitaire dans ce contexte.

Nous le voyons à travers ces différentes situations, sans négociation sur le fonctionnement au sein de chaque CP et au niveau intercommunautaire, l'accordage n'allait pas de soi. Le fait d'avoir la même mission (offrir des soins adaptés à chaque patient) ne suffit pas à générer une unité de vue et de fonctionnement. La participation n'est pas suffisante non plus, même si elle est indispensable, mais il y a une nécessité d'une réelle négociation de sens explicite, prenant en compte le plus de partenaires concernés possible, pour éviter que la

justesse du fonctionnement commun ne soit tributaire que des personnalités en présence, même si, bien évidemment, cela joue toujours un rôle.

10.2.3 Conflit identitaire lié à un sentiment de manque de reconnaissance et de respect

Dans plusieurs situations des NP ne se sont pas senties respectées, voire ont parfois ressentis du mépris de la part des médecins, comme nous venons de le voir. Des propos agressifs ou le sentiment d'être considérées en dessous de leurs compétences en ont souvent été à l'origine.

Une réponse brutale à une demande justifiée

Roxanne, comme les autres NP, percevait les veilles comme des moments de solitude où elle portait seule la responsabilité de tout ce qui pouvait arriver aux patients qui lui étaient confiés. C'étaient donc des moments particulièrement anxiogènes. Ses premières nuits sont intervenues tardivement dans son second poste, de ce fait, elle avait déjà une bonne connaissance de son service, des pathologies rencontrées fréquemment, ce qui constituait une ressource non négligeable. Cependant pour les veilles, elle devait également gérer le service voisin avec une aide-soignante, ce qui veut dire le double de patients, dont certains dans une configuration architecturale différente. Elle fut doublée par une infirmière la première de ses quatre nuits, ce qui lui apporta une base de sécurité sur le fonctionnement général dans cet horaire.

Durant la quatrième nuit, elle a été amenée à appeler plusieurs fois le médecin-assistant de garde. Si c'était à chaque fois justifié, la réaction du médecin l'a mise en doute, surtout en fin de nuit. Avant de l'appeler la première fois, Roxanne avait pris conseil auprès de l'infirmière qui s'occupait des deux autres unités de l'étage. Ce passage du médecin à l'étage a déjà donné un certain ton :

Pour la première dame, il était très speed comme ça mais il était poli et réactif, je veux dire il agissait par rapport à mes demandes, donc ça m'a pas autrement dérangée. (Roxanne, E6, p.172)

Le stress perceptible du médecin était compensé par l'efficacité de la réponse, qui en elle-même confirmait la légitimité de la sollicitation de Roxanne. Il s'avéra que la suite de la nuit fut agitée et qu'au petit matin, deux dames présentèrent une altération importante de leur état clinique :

Y a eu encore deux dames qu'étaient vraiment instables, une qu'avait une satu à, je pense, 70 avec 8 litres d'oxygène et une autre aussi qui chauffait à passé 40. Là, j'ai rappelé le médecin de garde et il me dit : « ah mais cet étage ! » Mais c'est vrai qu'il était déjà monté plusieurs fois mais, enfin je veux dire, moi j'en peux rien si mes patientes vont pas très bien, et il a commencé de m'engueuler dans ce téléphone : « oui, ça commence à me faire chier cet étage, c'est de la merde, à cause de toi je fais que de courir en haut, en bas, tu me fais chier. » J'ai dit : « écoute, je suis désolée, sinon tu me dis dans le téléphone ce que je fais et je me débrouille mais moi j'ai une dame qui sature à 70, elle est bientôt bleue, si tu veux pas venir la voir ça te

regarde, c'est ta responsabilité. » Il m'a dit : « non c'est bon, j'arrive. » (Roxanne, E6, p.173)

Roxanne était véritablement inquiète pour cette dame, elle avait relevé beaucoup d'indicateurs qui signifiaient qu'il se passait quelque chose de grave, mais elle n'avait aucune idée de ce que ça pouvait être. Alors qu'elle appelle pour un motif professionnel, elle obtient une réponse plutôt émotionnelle de la part du médecin qui sous-entend qu'elle est responsable des dérangements qu'il vit. Son expression est en plus brutale, impolie, en totale inadéquation avec les événements. Certes, sachant que le médecin-assistant est de garde pour toutes les unités du département de médecine, ainsi que pour le service des urgences, nous pouvons bien imaginer que sa nuit a été très chargée. N'intervenant qu'en situation d'urgence ou d'instabilité, la charge physique, psychique et émotionnelle devait être particulièrement lourde pour un médecin qui n'a encore que peu d'expérience. Il n'empêche que, si sa réaction peut se comprendre, la forme n'est pas acceptable et est problématique pour une NP, elle-même désécurisée dans ce contexte nouveau de travail de nuit. Nous avons déjà parlé des enjeux et les limites pour les infirmières débutantes de travailler avec des médecins eux-mêmes débutants. Nous pouvons vraiment nous interroger sur la gestion de cette thématique au niveau institutionnel pendant un moment potentiellement critique. La question du mélange des expériences se pose là de manière aiguë pour les deux CP.

L'évaluation clinique de Roxanne signalait un état grave, mais la réponse à apporter n'était pas de son domaine de compétences. Pour agir elle avait besoin que le diagnostic et le traitement soient définis par le médecin dont c'est la compétence et la responsabilité spécifique. La pertinence du travail de celui-ci est dépendante de la clarté et de justesse des informations fournies par les infirmières. Là, en l'occurrence, Roxanne lui a transmis les données nécessaires pour qu'il cerne la gravité de la situation et comprenne que, malgré son irritation, le déplacement était nécessaire immédiatement. Savoir qu'il venait était donc rassurant, mais son attitude agressive était un stresser supplémentaire dont Roxanne n'avait vraiment pas besoin, en plus de la fatigue de la fin de quatre nuits consécutives. Du coup, elle doutait de tout, se remettait surtout elle-même en question :

Je me suis dit, peut-être à 6h, je sais pas on peut peut-être plus les appeler, enfin je me suis quand même posé des questions. Et après, quand il est arrivé et que j'ai vu qu'il agissait et qu'il était comme moi à agir un peu dans l'urgence, je me suis dit, bon c'est bon, je veux dire, j'ai bien fait de l'appeler. (Ibid.)

Aucune parole ne s'est échangée sur ce qui s'était passé : c'est le comportement du médecin face à la dame qui a entériné l'adéquation de l'action de Roxanne. Toutefois, celui-ci s'est également avéré inadéquat dans la manière de collaborer, ne disant rien de ce qu'il voyait et pensait :

J'attendais qu'il me dise quelque chose de concret que je puisse faire, et je voyais cette dame qui s'améliorait pas et je me suis dit : « elle va nous rester dans les mains maintenant là tout de suite ». J'ai pas trop vu plus loin moi, j'ai pensé qu'elle allait y passer tout de suite. (Ibid.)

Leurs échanges ont été exclusivement fonctionnels. Finalement, il lui a demandé de poser une perfusion en urgence. La patiente n'avait pas de cathéter en place, Roxanne a réussi à le lui poser du premier coup, ce qui n'était pas une évidence dans ce contexte. A part ça, tout ce que le médecin lui demandait, c'était de reprendre les signes vitaux, ce qui équivalait à appuyer sur un bouton de machine, qu'il aurait pu faire lui-même. Nous le voyons, s'ils étaient côte à côte, ils ne travaillaient visiblement pas ensemble, il n'y avait pas d'échanges sur ce qui était en train de se passer, l'interprétation des données et le sens de ce qui était entrepris. Du coup, pour la NP, l'angoisse ne pouvait pas réellement baisser, et le peu d'actions à réaliser ne lui permettait pas de décharger son stress. Cela générait un sentiment de ne pas être reconnue dans ses compétences, ni simplement respectée en tant que personne, partenaire dans l'activité. Elle était réduite à un rôle d'exécutante.

Ce dont lui n'avait pas conscience et qui a accru encore le stress de Roxanne, c'est que la tournée de fin de nuit à 6h devait avoir lieu. Ce moment était particulièrement important pour elle :

J'ai besoin de voir qu'ils sont encore tous bien vivants, que ça va bien (rire). (Ibid.)

Ce moment jouait donc un rôle central pour elle. Derrière le rire se cachait un vrai besoin de se rassurer que tous les patients dont elle avait été seule responsable toute la nuit allaient bien au moment de les confier à ses collègues. Nous retrouvons là les angoisses des premières fois, avec simultanément le besoin de se rassurer et de se couvrir si un problème venait à apparaître par la suite. L'attitude du médecin, qui la prenait si peu en compte, l'a autorisée à le laisser, tout en étant disponible au cas où il sonnerait. Nous pouvons même imaginer qu'il pouvait être plus confortable pour elle d'être totalement hors de cette situation sur laquelle elle avait finalement si peu de maîtrise et de laisser le médecin pleinement responsable.

A leur arrivée dans le service, ses collègues se sont tout de suite rendu compte que quelque chose n'allait pas. Si elle pensait avoir réussi à cacher son stress au médecin, ce n'était visiblement pas le cas pour ses pairs. Le rapport fini, sa nuit n'était pas terminée : il lui restait encore toutes les annotations et son ICUS, qui reprenait les deux patientes, l'a laissée aller faire les hémocultures (prise de sang stérile visant à réaliser une culture du sang à la recherche d'agents pathogènes) chez la *dame qui chauffait*. Si cela l'a surprise, elle n'a pas osé lui dire qu'elle n'en pouvait plus. Elle n'aurait d'ailleurs pas dû avoir à le dire, le relais devait être pris. Connaissant son chef, elle l'a plutôt lié à un aspect de sa personnalité : *il est un peu dans la lune*. Il n'empêche que cela peut être perçu comme un défaut de reconnaissance de la part d'un pair de l'expérience particulièrement pénible vécue cette nuit-là.

Si *l'engueulade* par le médecin est finalement un événement qui semble dérisoire en regard de tous les éléments stressants de cette nuit-là, elle est très importante pour Roxanne, l'empêchant de percevoir pleinement la justesse de son analyse clinique et de ce qu'elle a entrepris. Cette relation avec le médecin la laisse dans le doute. Nous sommes dans une situation de « non-sécurité psychologique au travail » : il y a menace au niveau

interpersonnel alors qu'il n'y a pas d'erreur commise, pas de défaut de connaissances, au contraire. Au niveau identitaire, l'image d'elle-même qui lui est renvoyée par un autrui significatif est négative, de façon inadaptée et injuste. Elle en est en partie consciente, mais dans ce contexte de stress et de fatigue, il lui est difficile de prendre un réel recul. La solitude de la nuit, donc sans collègue pour l'aider à temporiser sur cette collaboration spécifique, peut aussi être vue comme un élément fragilisant. Son caractère perfectionniste la prédispose à prendre la responsabilité de tout, et elle se retrouve finalement avec une évaluation distordue de son travail :

Je me suis quand même dit que peut-être c'était ma faute, peut-être qu'à 4h elle était déjà comme ça et que j'ai pas fait gaffe parce que j'ai passé un peu vite ou je sais pas, mais je saurai jamais. (Ibid.)

Ce qui aurait pu être une réussite à travers la validation d'un jugement clinique fin et pertinent devient donc source d'un questionnement sur sa manière de collaborer avec les médecins, alors que ce n'était pas du tout un objet dans ce contexte. Elle était fâchée contre le médecin, qui ne lui témoignait aucun respect ni professionnel, ni personnel. Nous pouvons voir ici des similarités avec le conflit entre Agathe et sa collègue où il s'agit plus d'une « engueulade de copains », mais comme Roxanne ne se sent pas à un niveau de parité avec le médecin, elle le ressent plus comme du mépris d'un supérieur face à une subordonnée. Une figure d'autorité n'a pas reconnu, dans un premier temps, son travail par son discours autocentré, de type persécuté, ce à quoi s'est rajoutée la non-reconnaissance par son ICUS de la lourdeur de sa nuit en ne prenant pas le relais alors que c'était sa responsabilité.

Ils nous prennent pour leurs bonnes !

Ce sont finalement de petites choses répétitives du quotidien qui donnait à Charline le sentiment de n'être ni respectée, ni reconnue :

Là où je m'énerve aussi, c'est qu'on doit tout leur faire. Genre ils sont à notre bureau, c'est une immense salle avec des chaises très confortables et tout, ils viennent tout le temps s'asseoir là, et ils sont là, à table comme ça et ils disent : « comment je pourrais trouver le numéro de téléphone de ce home ? » Et là je dis : « mais écoute, on t'a déjà montré dans le casier là-bas, on a exprès construit nous-mêmes un annuaire où tu peux rechercher tous les homes de la région, on les a répertoriés. » Mais non, mais rien que de se lever là, mais ça m'énerve, je leur dis : « mais purée, lève-toi, vas », je sais pas. Ils nous prennent pour leurs bonnes. (Charline, E6, p.44)

Elle ressentait ces comportements comme du mépris. Si dans un premier temps elle considérait les médecins comme supérieurs, elle ne tolérait pas du tout d'être traitée en inférieure. Nous pouvons émettre l'hypothèse que pour Charline, cette hiérarchie de statut était étroitement liée aux compétences et aux titres et pas aux personnes en elles-mêmes. Elle estimait qu'elle avait la même valeur en tant qu'humain qu'un médecin, d'où sa résistance face à ce type de sollicitation. Les questions qu'elle se posait quant à sa capacité d'adaptation aux médecins lors des entretiens médico-infirmiers n'avaient pas lieu d'être

ici. Dans ses propos, Charline se positionne souvent au service des patients, et nous pourrions en voir un reflet là : être au service du médecin pour son confort personnel, il n'en était pas question. D'autant plus que, nous l'avons vu, la collaboration était difficile dans les prises en charge et les compétences des médecins-assistants étaient régulièrement remises en question par l'équipe infirmière. Si Charline ressent du mépris de la part de certains médecins, nous retrouvons ce sentiment en miroir de sa part, d'autant plus que leurs compétences professionnelles lui semblent limitées. Ce qui l'irritait encore plus, c'est qu'elle était sûre que si ces fonctionnements persistaient, c'était parce que des infirmières devaient répondre favorablement à la demande !

10.2.4 Collaboration médecin-infirmière et fonctionnement institutionnel : d'un sentiment de réussite à la frustration

Judith vécut une situation particulièrement emblématique pour elle. Il n'y eut aucun conflit médecin-infirmière durant l'événement, ce sont les réactions de ses pairs et de l'ICUS par la suite qui générèrent son doute. Ces tensions identitaires de type soi/autrui, autrui étant ici autant ses collègues infirmières que les médecins, étaient induites surtout par la remise en question de la collaboration médecin-infirmière qui avait eu lieu, et surtout la méconnaissance du fonctionnement institutionnel, dans le contexte particulier de la nuit :

Alors y avait eu juste une situation que j'ai relevée d'ailleurs à mon évaluation des une année là où c'était une dame que je veillais, donc c'était une dame qu'était en postopératoire, qui venait d'arriver là à 20h, donc juste après mon arrivée, [...] donc qu'était en fin de vie mais pas considérée vraiment comme fin de vie, mais quand même soins max à l'étage, mais enfin bref, pas super claire l'attitude. Et pendant la nuit, évidemment, enfin c'était un peu prévisible, ça a pas été, elle a fait une FA [fibrillation auriculaire]. Donc j'ai dû appeler le médecin et pour finir ils ont décidé de la descendre aux urgences pour la cardioverser [choc électrique cardiaque afin de relancer un rythme cardiaque régulier]. Et à 5h du mat, ils me téléphonent comme quoi je peux la remonter parce qu'elle est stable et qu'ils veulent pas la prendre [aux soins intensifs]. Bon, je vais la chercher aux urgences, 5h30, déjà pas super pratique au niveau de l'horaire (rire). Ils voulaient quand même des contrôles aux demi-heures pendant deux heures, donc moi j'ai prévenu en bas que voilà en plus c'était la tournée de 6h là, que je pourrais pas être près d'elle toutes les dix minutes. (Judith, E6, p.148)

De nuit, avec des options de prise en charge ambiguës, il était difficile pour Judith de se sentir sécurisée. Elle est donc allée contrôler très régulièrement la patiente toute la nuit, c'est comme cela qu'elle a dépisté la fibrillation auriculaire sans que la dame ne se soit plainte de quoique ce soit. Elle qui avait longtemps douté de son regard clinique s'était prouvé qu'il avait bien évolué et qu'elle pouvait s'y fier :

Je me souviens même que le lendemain j'étais assez fière de moi (rire), je me suis dit : « ah, il me semble que j'ai bien géré la situation. » Bon, déjà, la cheffe de clinique elle est venue tout de suite, c'était une toute nouvelle qui venait de commencer, et vraiment super sympa, donc déjà y a eu un bon..., enfin elle m'a

demandé de faire un ECG et j'en avais jamais fait donc j'ai dit : « est-ce que tu peux venir avec moi parce que j'en ai jamais fait ? » Donc, déjà, on a fait ça ensemble. Et elle a bien pris en charge, je me suis pas sentie abandonnée où ils montent pas tout de suite et tu sais pas quoi faire. (Ibid.)

Contrairement à d'autres situations que nous avons étudiées, la collaboration entre toutes les deux fut bonne, adéquate. La cheffe de clinique a même joué un rôle d'aînée rassurante, bienvenu dans la solitude de la nuit, reconnaissant le besoin de formation et y répondant adéquatement. Pour la SPT, cette attitude d'une personne d'autorité était particulièrement favorable et renforçait chez Judith la satisfaction d'avoir analysé correctement la situation de la patiente. Chaque partenaire a assumé sa part : Judith en fournissant des informations pertinentes pour l'établissement d'un diagnostic et le médecin en venant rapidement et en mettant en place un traitement. Il y a eu une réelle synergie entre leurs pratiques respectives et communes.

Partie sur un sentiment de satisfaction, Judith est tombée de haut en revenant:

Le lendemain, bon ça s'est très bien passé, y a pas eu de souci avec cette dame, mais le lendemain ils en ont parlé à la cheffe du service qu'a quand même voulu en parler au médecin parce qu'elle trouvait un peu la situation bizarre, d'avoir pris déjà aux urgences, ça se fait pas tellement comme ça. Et la doctoresse a répondu : « oui mais bon l'infirmière de nuit, elle a bien accepté de la reprendre en haut. » (Ibid.)

Ce qui choquait ses collègues n'était pas lié au diagnostic ou au choix thérapeutique, mais à la manière et au lieu où la cardioversion a été réalisée. En effet, ce traitement se déroulait normalement aux soins intensifs avec une surveillance serrée sous monitoring continu pendant les heures qui suivent. Cette nuit-là, la cardioversion s'est déroulée aux urgences avec un retour rapide directement dans le service où Judith était seule pour l'intégralité du service. Ce qui était remis en question était donc bien la gestion de cet événement dans ce cadre institutionnel spécifique.

Dans ce cas, de multiples professionnelles étaient impliquées : en priorité la médecin-cheffe de clinique qui était responsable du traitement spécifique, tant dans son élaboration que sa réalisation puisque le choc électrique est du ressort du corps médical, ensuite les infirmières du service des urgences qui ont accepté que la cardioversion ait lieu dans ce service, et qui ensuite, probablement en accord avec le médecin, ont réalisé le transfert dans le service de Judith puisque les soins intensifs ne pouvaient s'en charger. La doctoresse était déjà expérimentée mais nouvelle dans l'institution. Il est possible qu'elle ne connaisse pas la procédure locale même si celle-ci est relativement standard. Toujours est-il que, se sentant probablement mise en question par l'ICUS, elle s'est dédouanée en partie en appuyant sur l'acceptation de Judith de reprendre la patiente. Nous y reviendrons dans les stratégies de résolution : cet échange peut être vu comme une négociation de fonctionnement entre CP par deux cadres.

Ce qui fut particulièrement significatif et regrettable pour Judith, c'est que toutes ces discussions ont eu lieu en son absence. Certes ses collègues avaient marqué leur surprise lors du rapport, sans plus. Tout ce qui s'est échangé la journée lui a été transmis par des

tiers, de manière peu nuancée, surtout en ce qui concernait la cheffe de clinique. Elle s'est soudainement sentie très mal, avec le sentiment d'avoir été bernée et mise, sans qu'elle s'en rende compte, dans une situation dangereuse pour elle et la patiente :

Quand on m'a dit ça, moi j'étais vraiment, j'étais : « mais mince, c'était écrit noir sur blanc sur la feuille des urgences « refus de la prendre aux soins intensifs », donc vraiment j'avais pas le choix de la prendre », enfin voilà. Et ils m'ont bien dit qu'elle était stable, que ça allait, enfin moi je l'ai reprise. Et je me suis dit : « mais mince, si il s'était passé quelque chose dans le moment où je l'ai reprise, ça aurait été de ma faute. » Enfin ça m'a vraiment après perturbée pendant longtemps parce que je me disais : « mais mince, du coup ça aurait été l'excuse que j'avais bien accepté de la reprendre, que c'était moi qu'étais bête dans l'histoire. » (Ibid., p.148-149)

Jamais elle ne s'était trouvée face à ce traitement, elle n'a donc pas remarqué qu'il n'était déjà pas habituel d'aller aux urgences. Elle a finalement suivi ce que les autres plus expérimentés lui ont dit du fonctionnement, réaliser les surveillances avec pertinence et discernement mais sans avoir toutes les cartes en main pour comprendre ce qui se jouait. Nous pouvons entre autres le remarquer dans le premier verbatim où Judith parlent de « ils » qui ont décidé, puis lui ont dit. Par ce discours, elle se dissocie du déroulement, comme si elle n'avait pas du tout participé aux décisions, ce qui est probable en raison de son défaut de connaissances. Elle n'a pas non plus imaginé une seconde qu'elle pouvait refuser. Judith s'est quand même positionnée en signalant que la surveillance serrée demandée serait relative puisqu'elle avait tout le reste du service à charge à une heure où l'activité était intense.

Son mal-être était profond, elle s'est sentie mise en danger sans même s'en rendre compte, et par quelqu'un qu'elle avait apprécié dans ce moment de stress. C'est pour cela qu'elle en a parlé avec les ICUS lors de son évaluation annuelle :

J'étais mal, je me suis dit : « mais est-ce que j'ai fait faux alors, est-ce que j'aurais dû dire non je refuse de la prendre en haut ? » Enfin, ce qui me faisait plus peur c'était juste que si ça reproduisait une fois et qu'y avait un problème, est-ce que je serais mise en faute et qu'est-ce qui pourrait m'arriver en fait. (Ibid., p.149)

Elle n'a pas obtenu de réponse claire, et elle n'a pas osé exiger plus les précisions dont elle avait besoin. Elle n'a pas pu non plus régler cela avec la médecin-cheffe de clinique. Nous le voyons, cet événement, vécu positivement de prime abord, s'est transformé en un conflit interne important pour Judith, remettant en question ce qu'elle pensait avoir vécu. Ce décalage ne la met pas seulement en doute face aux autres, mais aussi face à son propre jugement qui ne lui a pas permis d'avoir conscience que quelque chose d'anormal se déroulait. Finalement, alors que la situation de la nuit lui donnait le sentiment d'avoir bien avancé professionnellement durant cette année, l'après-coup lui démontrait que pas mal de choses lui échappaient encore dans le fonctionnement institutionnel et que cela pouvait représenter une menace pour elle.

10.2.5 Quand les décisions médicales se répercutent sur les infirmières

Comme nous allons le voir maintenant, des décisions (qui sont de leur ressort) prises par les médecins pouvaient avoir des répercussions négatives sur les infirmières, particulièrement dans leur relation aux patients et à leur entourage. Ce fut deux fois le cas pour Agathe et elle a eu le sentiment à la fois d'en payer le prix fort à leur place et de ne pas avoir les moyens de les gérer sans prendre les choses trop à cœur.

Collaboration interinstitutionnelle et « inter-sœurs »

Cette situation concernait un patient de 55 ans avec un retard mental, hospitalisé depuis de nombreuses semaines dans le service pour une surinfection d'une prothèse articulaire. Cet homme vivait dans une institution médico-sociale et il était extrêmement important qu'il puisse marcher pour y retourner. Après de multiples opérations peu fructueuses pour nettoyer cette plaie, il a été admis qu'il resterait avec une plaie septique et des traitements qui viseraient à contenir cette infection quand il serait rentré dans son foyer. Durant tout le séjour, les éducateurs passaient presque quotidiennement pour le soutenir, le rassurer. La sœur d'Agathe était une des éducatrices. Toutes les deux échangeaient fréquemment sur le patient : si cela pouvait interroger sur le secret professionnel, les données partagées étaient profitables à toutes les parties, patient y compris, puisque les besoins de chacun étaient mieux définis. En effet, pour la prise en charge des patients handicapés, une bonne connaissance de leurs habitudes, de leurs compétences et besoins d'assistance est indispensable et ne va pas de soi. Les éducateurs qui vivent au quotidien avec eux sont les plus susceptibles de transmettre ces éléments au soignant. De même, pour une prise en charge soignante à court, moyen et long terme, la connaissance du milieu de vie, de ses ressources et de ses obstacles est indispensable. Les échanges entre les sœurs, qui étaient rapportés dans les deux institutions, permettaient d'inscrire la prise en charge dans le continuum temps du patient, en limitant les effets de rupture de la routine et en favorisant la prise de décision thérapeutique.

Ce jour-là, plusieurs éducateurs sont arrivés pour rencontrer le médecin, un rendez-vous avait été pris auparavant par la sœur d'Agathe. L'équipe infirmière n'en avait pas été informée. A l'heure dite, pas de médecin ! Comme l'infirmière qui s'occupait du patient avait fini son horaire, sa sœur s'est naturellement adressée à Agathe qui s'est sentie impliquée et a pris la responsabilité au niveau infirmier de ce qui se passait :

J'ai appelé l'assistant qu'était pas du tout au courant. Je lui ai dit : « écoute, maintenant y a tout le monde qu'est là, alors il faut venir quand même. » Et c'était vraiment un cas, pas vraiment suivi la situation et il était pas trop au courant, et pas très bien dans le relationnel non plus, il est bien en salle d'op. Alors, il est quand même venu après maintes demandes et il est allé en chambre. Je crois qu'il a dit 2-3 trucs mais rien de bien mirobolant. (Agathe, E2, p.19-20)

En fait, l'assistant qui avait planifié le rendez-vous avait choisi une date à laquelle il était en vacances, et il n'avait laissé aucune note de suivi. Quand Agathe est retournée vers les gens présents qui n'avaient pas obtenu les réponses dont ils avaient besoin pour organiser

le retour à l'institution. Agathe s'est retrouvée à s'excuser à la place des gens responsables :

Et je suis allée et ils étaient tous là autour de C. [le patient], ils tiraient une tête d'enterrement pas possible, y a personne qui disait rien et je leur ai un peu expliqué que voilà, franchement je me suis excusée. Et je leur ai dit que ce genre de rendez-vous, faut vraiment le prendre avec le chef, j'ai un peu essayé de leur dire, voilà et je me suis excusée. J'ai dit que j'étais désolée, et encore m'excuser. Après, je suis repartie mais mal, mais vraiment. En plus, ils disaient rien du tout, moi je me suis excusée, encore ma sœur qui disait rien du tout. (Agathe, E2, p.20)

Au fait des besoins de ce patient et de l'institution socio-éducative, Agathe mesurait les implications de ce rendez-vous manqué. En plus, elle savait qu'il pouvait y avoir des répercussions pour sa sœur car une des éducatrices présentes était plutôt sèche et critique. Finalement, Agathe se sentait porter la responsabilité de l'institution hospitalière face à une autre institution, celle du médecin absent et de celui présent mais peu pertinent, celle du service pour répondre aux besoins des patients, celle de sa sœur afin qu'elle ne fasse pas les frais d'un dysfonctionnement de l'hôpital et finalement la sienne face à sa famille parce qu'il était important pour elle :

Qu'ils [sa famille] aient pas une trop mauvaise opinion de l'hôpital, que ça se passe quand même entre guillemets bien (rire). (Ibid.)

Les tensions étaient donc multiples pour elle, en regard du travail effectif, de l'image donnée à un partenaire extérieur, et de l'image que ses proches pourraient avoir de sa profession. Nous comprenons dès lors pourquoi elle a ressenti de la colère vis-à-vis des médecins, mais aussi de ses collègues :

Je suis repartie et vraiment je me suis dit, mais j'étais enragée, je me suis dit en plus c'est moi qu'ai dû aller m'excuser et je m'en suis pas occupée aujourd'hui, je me suis mêlée de ça parce que je sentais qu'on me laissait bien prendre cette responsabilité. Après, je suis rentrée dans le bureau et tout et j'ai dit, enfin je leur ai montré que j'avais pas été contente, qu'en plus c'était ma sœur, en plus c'est de la famille donc c'est encore un peu compliqué dans ce genre de situation. (Ibid., p.20)

Elle n'a pas osé exprimer explicitement sa colère face à l'équipe infirmière, pourtant elle en voulait à ses collègues qui avaient été bien contentes de *se tirer les flûtes* en la laissant tout gérer. Tout le monde est resté consciencieusement en retrait, aucune aide ne lui a été proposée. Il est à relever que cet événement s'est déroulé tôt durant la première année, autour de la quinzième semaine de travail. Agathe se décrit comme n'aimant pas les conflits, jouant plutôt un rôle de médiatrice et d'élément stabilisateur dans l'équipe : avait-elle suffisamment de SPT et de sécurité sur son intégration pour oser prendre le risque de manifester ouvertement son mécontentement ? L'image qu'elle donnait à l'équipe lui plaisait, et elle avait été validée en ce sens lors de son premier bilan officiel. Il est fort probable que les tensions identitaires qu'aurait pu générer une modification du regard d'autrui sur soi auraient pesé plus lourd sur la balance que la frustration du

moment. Essayer de montrer ce qu'elle ressentait équivalait à prendre un risque mesuré, en laissant le choix de l'interprétation à ses collègues.

Si à court terme cette solution peut paraître plus raisonnable, dans la durée, cette posture de retrait de ses collègues, qui s'est manifestée sous différentes formes, l'a conduite à s'interroger sur son appartenance au corps professionnel infirmier. Si elle se sentait à sa place comme infirmière auprès du patient et dans l'équipe le plus souvent, elle ne se reconnaissait pas forcément dans le collectif et son positionnement.

Même si elle s'est désignée elle-même volontaire, le choix de son engagement était relatif en raison de la présence de sa sœur. Il est intéressant de relever son langage : elle était *enragée*, et le terme n'est pas galvaudé par rapport aux émotions qu'elle manifestait en relatant l'événement. Mais dès qu'il s'agit de l'exprimer dans la relation avec les autres (collègues ou médecin), son discours est très atténué par des *un peu, assez*, etc. Elle a manifesté son insatisfaction par son comportement mais pas par des mots. Le conflit, bien présent, ne s'extériorise que peu, et encore moins par rapport aux médecins. Elle prend sur elle alors qu'elle n'est ni d'accord, ni responsable des erreurs et des dysfonctionnements, bien consciente qu'elle n'avait pas à le faire mais ne sachant comment réagir autrement face au silence et/ou l'absence des interlocuteurs. Du coup, s'excuser pour les autres était la goutte d'eau de trop. Est-ce parce que c'était à ce moment-là qu'elle portait le plus la responsabilité de ses collègues ? Elle les représentait tous alors que dans sa tête, elle s'en dissociait. Le conflit interne était là particulièrement fort. Cette situation se révélait finalement emblématique d'autres situations vécues :

Alors des fois, c'est un peu pénible je trouve dans ces situations, il faut toujours un peu se battre contre des choses qui devraient aller de soi au niveau de la relation. Mais je sais pas, moi, j'ai quand même de la peine avec ça. (Ibid.)

Ingratitude, colère et frustration

La deuxième situation a eu lieu à la même période. Elle fut très chargée émotionnellement :

C'était ma grosse première situation où j'avais plus envie de travailler entre guillemets (rire). (Agathe, E2, p.17)

Agathe s'occupait depuis plusieurs jours d'un patient diabétique et dialysé, qui avait eu besoin d'une petite chirurgie. Il n'était vraiment pas en bon état général, son moral déclinait. Agathe avait créé une bonne relation avec lui et son épouse qui venait quotidiennement et aidait son mari. Elle apportait des plats à l'équipe et se montrait reconnaissante des soins fournis.

Un vendredi après-midi, lors de la grande visite, les médecins-chefs ont estimé que la situation chirurgicale était réglée, le patient devait donc être transféré en médecine. L'épouse n'était pas du tout d'accord et l'a dit ouvertement, alors que son mari était effacé dans son lit. Face à sa virulence, le chirurgien-chef a dit qu'il allait le placer en satellite, c'est-à-dire suivi par les internistes tout en restant en chirurgie, ce qui a désamorcé la

situation. Cependant, après la visite, le médecin-assistant a contacté ses collègues de médecine qui se sont fermement opposés à ce qu'un patient dans une situation aussi complexe soit hors de leur département. Il fallait donc en informer le patient. Dans un premier temps, dans son récit, Agathe a dit que c'était elle qui l'avait annoncé au patient. Elle se souviendra plus tard que :

Comme c'était moi qui m'en étais occupée, j'étais allée avec l'assistante, parce que j'avais dit à l'assistante : « écoute, moi je vais pas lui dire ça, toi tu viens au moins pour qu'il ait un avis médical et tu lui expliques un peu la situation. » J'étais allée avec elle, elle lui avait expliqué des trucs mais il s'en foutait. (Ibid.)

Comme Agathe s'est retrouvée seule face au patient et à son épouse suite à cela, elle a véritablement eu le sentiment d'avoir à nouveau porté seule la responsabilité et surtout les conséquences de cette décision médicale, même si le médecin-assistant en avait assumé sa part, à la demande d'Agathe ce qui est à relever. Suite à cette annonce, Agathe devait donc organiser le transfert du patient, ce qui signifiait entre autres empaqueter toutes les affaires du patient, puis l'accompagner dans sa nouvelle chambre et transmettre le dossier de soins à la nouvelle équipe soignante. Elle se sentait mal face à cette situation, l'a expliqué à une collègue et lui a demandé si elle était d'accord de faire le transfert, ce qui fut accepté sans discussion. Elles sont allées ensemble préparer les affaires du patient. Pendant tout ce temps, l'épouse n'a pas cessé de vitupérer :

Disant qu'elle allait écrire, que c'était vraiment, pas dégueulasse mais que c'était vraiment mais le pire des trucs qu'on pouvait faire. Et nous, on allait chercher ses affaires et on était là et elle nous sortait tout. (Ibid.)

Toute la colère de cette épouse suite à la décision médicale se déversait sur les infirmières. Agathe la comprenait bien, et encaissait sans rien dire. C'est le moment de l'au revoir qui fut pour elle d'une intense violence :

J'ai dit au revoir au patient, j'ai dit que j'étais vraiment désolée mais que c'était comme ça, qu'on pouvait rien y faire, nous on pouvait juste rien y faire. Lui, il m'a dit : « oui, je comprends », il m'a encore fait un petit sourire. Après, j'ai tendu la main à l'épouse, elle est passée comme ça, elle m'a pas regardée et elle est partie. Alors là, j'étais là, c'était vraiment dur, oui.

Le refus de lui serrer la main était un camouflet, Agathe l'a ressenti comme une injustice, et elle a gardé longtemps du ressentiment contre cette dame même si elle la comprenait en partie. Agathe rêvait de lui dire qu'elle ne s'était pas sentie respectée par son comportement. Elle s'est sentie attaquée personnellement et pas seulement professionnellement, la qualité des soins qu'elle avait donnés à ce patient n'étant fort heureusement pas remise en cause par cet événement. Ce qui rajoutait à sa frustration, c'est que cette épouse travaillait comme aide-soignante, certes dans un autre contexte, mais que de ce fait, elle aurait dû ou pu mieux comprendre l'impossibilité de faire autrement.

Suite au départ du patient, Agathe a ressenti le contrecoup du trop-plein d'émotion ressenti :

Après, je suis allée dans le service et tout, mais je sentais que j'allais pleurer vraiment. J'en avais vraiment gros sur la patate, alors je faisais des petits trucs en attendant parce que je sentais qu'il fallait que je m'en aille. Après, je suis partie et dans la voiture, j'étais vraiment pas bien et j'ai rappelé la fille qu'a fait le transfert et je lui ai dit que vraiment, je m'étais vraiment sentie mal, enfin je lui ai expliqué. (Ibid.)

Sa collègue s'est montrée tout à fait compréhensive et lui a été d'une aide réelle tant en acceptant d'offrir un relais immédiat qu'en se montrant empathique au téléphone ensuite.

Finalement, Agathe a subi les conséquences d'une décision prise par d'autres. Elle admettait que le transfert était justifié, mais elle remettait en question la manière, la précipitation:

Je suis fâchée, oui. Et là, j'étais triste quand même, j'étais vraiment triste et ça m'avait pesé vraiment. Je m'étais dit : « juste marre que ça se passe comme ça, que ça me retombe dessus, que les grands chefs disent ça et que toi, t'es derrière, et tu t'en prends plein la gueule alors que t'as juste rien à voir. » J'avais trouvé, moi j'ai en tout cas pas su gérer la situation. Sur le moment, j'ai bien ressenti que j'étais un peu perdue, comme une petite fille qu'allait s'excuser, qui savait pas comment gérer la situation. Voilà, c'était un peu ça. (Ibid., p.19)

A nouveau, elle portait la responsabilité des actes d'autres personnes. Elle n'a pas pu ni surtout osé intervenir durant la visite médicale, et elle n'avait pas à le faire puisque le médecin a désamorcé le conflit en posant des options qui finalement n'étaient pas réalistes. Pensait-il vraiment que c'était possible ou était-ce juste une stratégie d'évitement ? Nous pouvons nous le demander. Avec son statut, son expérience, il devait être au fait du fonctionnement institutionnel, et même en l'occurrence du fonctionnement entre la CP des chirurgiens et celles des médecins. Dans tous les cas, lui n'a pas porté sa décision et ses conséquences. Ce sont finalement les moins expérimentés (le médecin-assistant et Agathe) ainsi que le patient et son épouse qui l'ont fait. Comme en plus cela se passait un vendredi dans l'après-midi, tout devait être réglé avant le week-end, ce qui rajoute un élément de précipitation autant dans l'action que dans les émotions. Il en résultait pour Agathe un sentiment d'avoir été démunie. La gestion des relations conflictuelles était là centrale et, en particulier, son positionnement. Comme dans la situation précédente, il n'y a pas eu de rediscussion avec les médecins à l'origine des difficultés qu'elle a rencontrées. Aucune négociation de sens n'a lieu : sans elle, ces situations sont appelées à se reproduire, ce dont elle se plaint déjà.

Après avoir développé nombre de situations conflictuelles entre médecins et infirmières, mettons en évidence les stratégies de résolution utilisées par les NP.

10.3 Stratégies de résolutions de ces conflits et/ou dissensions

De prime abord, ce qui frappe dans la gestion de ces conflits, c'est qu'ils ne font que rarement l'objet de résolution en commun. Le conflit en lui-même n'est pas un élément de discussion. Dans ce qu'elles rapportent, les NP semblent souvent être et rester seules face aux difficultés vécues. Dans un registre où l'enjeu est la collaboration, donc où au moins deux partenaires sont impliqués, c'est là une limite d'action très forte, puisqu'elles ne détiennent qu'une part de responsabilité et de pouvoir dans les interactions. L'absence de partage est donc fondamentalement un empêchement à une résolution en profondeur de l'insatisfaction dans le fonctionnement commun, voire de dysfonctionnement. Pour autant, elles ne restent pas inactives face aux tensions identitaires ressenties et ont agi surtout dans le but de les réduire.

10.3.1 Faire entendre son point de vue : répéter la demande, seriner

En désaccord avec les options thérapeutiques, comme c'était le cas pour Roxanne, la tendance était plutôt à répéter la demande jusqu'à l'obtention d'une décision qui, à défaut d'être celle souhaitée, paraissait au moins acceptable. La première situation est survenue alors qu'elle était toute nouvelle dans le service, dans une phase de découverte de sa propre CP, des situations fréquentes dans ce service, ainsi que du fonctionnement institutionnel sous tous ces aspects, y compris la collaboration médecin-infirmière. Si elle était très sûre de sa lecture de la situation, elle n'avait pas encore acquis de SPT, elle commençait tout juste à repérer les membres de son équipe et à faire sa place. Roxanne a essayé d'avoir le point de vue de l'équipe, et probablement espérait-elle un soutien effectif, mais elle n'a pas osé le demander explicitement :

J'ai seulement transmis dans les rapports, j'ai demandé : « qu'est-ce que vous pensez de l'antalgie ? » Et ils m'ont dit : « oui, t'as raison mais en même temps si elle veut pas passer trop vite, c'est une nouvelle assistante, il faut être gentil, il faut être ci parce qu'elle va rester là longtemps. » Oui, quelque part, oui elle va rester là longtemps et elle doit faire ses preuves, mais je veux dire tester un médicament qui va lui faire du bien, c'est aussi faire ses preuves. (Roxanne, E3, p.185.)

Nous pouvons la voir ici en périphérie de sa propre communauté de pratique, cherchant à comprendre comment celle-ci fonctionne et comment elle se positionne face à cette situation critique. Elle est également en désaccord avec ce que lui dit l'équipe, mais se tait. Il est probable que l'image qu'elle voulait donner d'elle-même, celle d'une femme forte et d'une infirmière qui assure, jouait un rôle important dans sa manière d'agir plutôt dans la solitude. En effet, signaler sa souffrance dans la situation aurait renvoyé une image de fragilité, voire de faiblesse. Pour elle, profondément marquée par son stage final où l'ICUS lui disait qu'elle était à un stade où elle devait pouvoir tout gérer, et en particulier ses émotions, montrer cet aspect d'elle-même alors qu'elle n'était pas encore sûre d'être reconnue comme une professionnelle par ses collègues, était juste impossible. D'ailleurs, dans la seconde situation qui a eu lieu après six mois dans le service, elle a aussi « seriné » le médecin, mais elle a osé dire son épuisement à ses collègues et obtenir ainsi un soutien en étant déchargée de la situation. Nous pouvons voir comment les enjeux identitaires liés

à l'intégration et à la SPT peuvent représenter un frein ou une ressource pour atténuer les tensions identitaires.

Roxanne ne parvient pas à capter dans les propos de l'équipe sur la position du médecin-assistant un élément important qui intervient dans la négociation. Cette dernière est dans une situation proche de la sienne : nouvelle, en train de faire ses preuves dans sa propre CP et dans l'équipe de soins, elle est face à une situation de fin de vie souvent vécue comme un échec par le corps médical. Les ordres thérapeutiques qu'elle prescrit s'avèrent inefficaces, elle se retrouve donc mise sous pression par une infirmière. Cette situation génère chez toutes les deux une souffrance importante, qui peut se manifester à travers leurs difficultés respectives à se décentrer d'elles-mêmes. La cause en est à la fois proche et différente : nous pourrions les voir presque en miroir l'une de l'autre. Leur mode d'interaction accroît les tensions, bien plus qu'il ne les résout.

Il est donc fort probable que sous la discussion de l'antalgie, de nombreux autres points sont mis en question. Certes, les valeurs entrent en jeu, mais aussi les aspects identitaires à travers le sentiment d'être reconnue, d'avoir une place, de tenir son rôle qui sont difficiles de part et d'autre. Le conflit n'est donc pas que de valeurs, mais également identitaire et de pouvoir à travers la tentative forte de Roxanne d'influencer l'autre qui résiste à ses sollicitations alors qu'elle a le pouvoir décisionnel. Chacune semble parler pour le bien du patient mais elles le définissent différemment (ne plus avoir mal versus rester conscient) et ne le mettent pas en discussion. Elles semblent prises dans un cercle vicieux que rien ne vient rompre. Pourtant, de nombreuses autres personnes interviennent dans la situation : le patient lui-même, les autres collègues, etc. Il aurait probablement été utile que des tiers interviennent pour rompre ce mode de collaboration peu efficace, voire nocif. Ça aurait pu être un rôle à tenir par leurs aînés respectifs.

A partir des réactions différentes face à la douleur et à l'antalgie, nous pouvons envisager que le conflit puisse également être cognitif : comment justifier l'utilisation extrêmement limitée d'antalgiques puissants dans cette situation ? Il peut y avoir des connaissances pharmacologiques (plus fortes du côté du médecin qui est le prescripteur exclusif), mais aussi des connaissances de sciences humaines sur la douleur, les besoins des patients et l'accompagnement qui en découle (plus fortes du côté des infirmières qui assurent les soins et la présence au quotidien), etc. Il peut y avoir également des représentations de part et d'autre en regard des expériences personnelles et professionnelles de la douleur et/ou de la fin de vie, etc. Pour le savoir, il faudrait que l'interaction médecin-infirmière explicite ce qui les habite en le mettant en perspective avec la situation du patient prioritairement (la mission) et les enjeux/impacts des options possibles pour chacune. Nous entrerions alors de plain-pied dans la négociation de sens, mais nous le voyons bien, dans une relation duale comme celle-là, avec l'insécurité inhérente aux débuts, et la charge émotionnelle forte, ça n'est presque pas envisageable sans médiation. Leur jeunesse respective permet à Roxanne cette sollicitation permanente qu'elle n'aurait probablement pas osée avec un médecin-chef, toutefois la manière de procéder s'est avérée modérément efficace, et lui a laissé en tout cas un goût amer :

Elle [l'assistante] a accepté quand même ça [la Morphine] et avec ça, les premiers jours, il a beaucoup dormi mais il disait, quand il était réveillé : « au moins je me sens bien, je profite de ma famille quand ils sont là parce qu'au moins je suis pas tordu de douleurs. » Lui, il était content. Là, je me suis dit, c'est bon, mais je trouve vraiment triste que ça doive prendre autant de temps pour ça. (Ibid.)

Malgré l'attente trop longue pour elle, le mieux-être du patient a été un des éléments de résolution de ses tensions identitaires. Elle a pu poursuivre la relation avec lui de manière apaisée et de lui dire au revoir lors de son transfert aux soins palliatifs où il est décédé peu de temps après.

Dans la seconde situation, Roxanne a été capable de prendre plus de recul par rapport aux options du médecin et ce qui les motivait. Si elle ne les partageait pas, cela lui a permis quand même d'aborder la question de l'antalgie sous différents angles, lui offrant peut-être plus de diversité d'arguments afin d'obtenir une antalgie efficace. De ce fait, sa possibilité d'impacts était accrue, ce qui n'empêchait pas la souffrance. La reconnaissance de l'autre comme individu était un élément indispensable pour envisager une négociation sur le sens de ce qui est entrepris et les buts poursuivis. Ces deux situations l'ont aidée à comprendre que, même si elle les considère comme supérieurs, les médecins sont des êtres humains avec leurs doutes et insécurités comme elle.

Par contre, elle ne se place pas dans une perspective de collaboration entre deux CP qui ont à négocier, mais demeure plutôt dans un rapport de force entre deux corps professionnels, l'un dominant l'autre. N'étant pas entrée en négociation sur le fond, elle reste convaincue de la justesse de son point de vue, c'est donc aux médecins de corriger leur représentation. L'expérience renforce plutôt des présupposés et n'ouvre pas leur répertoire commun sur des alternatives de fonctionnement et d'attitudes thérapeutiques. Le risque de reconduction est important.

10.3.2 Solliciter les cadres, relais officiels entre les CP

Une stratégie de résolution pouvait passer par la sollicitation des personnes qui auraient pu jouer le rôle de relais entre les CP. Nous l'avons dit au début du chapitre, les ICUS et les médecins-chefs de clinique, de par la légitimité de leur statut et leur position dans la hiérarchie institutionnelle, semblaient bien placés pour jouer ce rôle. Certes les personnes étaient influentes, mais l'organisation institutionnelle ouvrait plus ou moins de possibilité de négociation.

Quand le fonctionnement institutionnel offre peu d'espaces de négociation

Roxanne, pour la deuxième situation liée à l'antalgie a décidé de solliciter le chef de clinique. A ce moment-là, sa connaissance du fonctionnement organisationnel lui a permis d'envisager cette stratégie. Son but était prioritairement d'aller chercher l'expérience du médecin pour obtenir le traitement adéquat. Malheureusement, elle s'est heurtée à un nouveau mode de fonctionnement où les chefs de clinique de référence changeaient presque tous les jours :

Il faut pas que les assistants s'habituent à avoir le même parce qu'ils prennent trop d'aisance avec un, c'est ce que l'assistant nous a dit comme raison. (Roxanne, E6, p.186)

Les conséquences en étaient un défaut de suivi des situations, avec des changements d'ordres fréquents qui cassaient la cohérence de la prise en charge. C'étaient les infirmières qui devaient assumer face au patient des décisions (modification de la médication par exemple) avec lesquelles elles étaient en désaccord. Roxanne voyait des collègues se montrer parfois agressives avec les médecins, ce qu'elle comprenait mais elle manquait encore trop de confiance en elle pour oser se montrer plus percutante dans ses arguments. Elle restait déçue et profondément mal à l'aise vis-à-vis de la prise en charge.

Nous le voyons, la modification du fonctionnement de la CP médicale a des répercussions directes sur la CP infirmière. La puissance de l'impact de ce tournus des chefs de clinique démontre l'importance qu'ils jouent dans le système et leur pouvoir d'influence. En ce sens, ils sont bien des agents par lesquels la négociation devrait passer. Malheureusement, le changement constant d'interlocuteurs empêche l'établissement d'une collaboration négociée. Il serait intéressant de connaître les arguments des médecins-chefs pour choisir cette option, toujours est-il qu'elle génère de l'insécurité de manière générale, tant dans les relations que le fonctionnement. Le risque de voir se cristalliser encore plus les tensions entre les CP est important. Nous avons vu dans le chapitre 8 sur les erreurs que l'ICUS se positionnait parfois en défenseur de son équipe face aux médecins, mais visiblement l'affrontement est le fonctionnement fréquent, peu propice à la négociation.

Quand des espaces de négociation formels existent dans l'institution

Dans un autre contexte, en psychiatrie, Charline a fait une expérience différente :

Et après, notre cheffe, elle est chouette parce qu'elle voit quand les entretiens avancent ou avancent pas. Et tous les mardis, quand on a ce colloque avec les autres intervenants, elle arrive à dire les choses très diplomatiquement pour signifier que là on n'a vraiment pas avancé, que c'était pas productif ce qu'on a fait. (Charline, E5, p.43)

Dans ce contexte, les ICUS jouaient un rôle important en se faisant le relais de l'équipe face aux médecins. Elles usaient donc de leur légitimité pour renforcer les propos de leur CP face à l'autre CP. Il est à relever que cela ne se passait pas n'importe où : il s'agissait de colloques interdisciplinaires. Leur existence en elle-même pose la reconnaissance de la nécessité de la collaboration pour un travail efficace et profitable aux patients. Cela n'empêche pas les rapports de pouvoir, l'absence de désir individuel d'entrer dans ce processus, mais il crée des espaces de négociation que les acteurs peuvent saisir. En l'occurrence, Charline était fréquemment admirative des ICUS qui, dans leur manière de s'exprimer, parvenaient à nommer clairement les problèmes et à poser des questions sans générer de grandes résistances chez leurs interlocuteurs. De plus, leur maîtrise du jargon professionnel, de la culture médicale, leur permettait de jouer ce rôle de relais :

Forcément, elles [les ICUS] ont des termes nettement plus professionnels que moi. Moi, j'arrive là-dedans, je me souviens des termes qu'on a appris dans la situation 5, anosognosie ou des trucs comme ça. Y a des trucs, je me souviens plus ce que c'est, donc je parle encore un langage peu professionnel, je pense. Ça reviendra, je me fais pas trop de soucis là-dessus, mais c'est vrai que pour le moment, comme elles parlent et tout, moi je me dis : « purée, moi j'aimerais bien parler comme elles. » (Charline, E2, p.37)

Nous le voyons, les ICUS possédaient les codes des deux cultures, ce qui leur permettait de se placer beaucoup plus en parité dans la relation aux médecins. En ce sens, elles offraient une vraie option stratégique à leur équipe en cas de difficulté de collaboration, leurs interventions s'avéraient souvent efficaces. Malgré l'unité de l'équipe, la collaboration efficace avec le chef de clinique, l'insatisfaction demeurait fréquente, induite par le travail au quotidien avec les assistants, mais le sentiment d'impuissance était beaucoup moins intense que chez Roxanne. Nous voyons aussi tout l'apprentissage réalisé par Charline à travers l'observation de ces modèles que représentent les ICUS. Ces dernières se révèlent non seulement des infirmières de qualité auprès du patient, mais également dans les autres dimensions du rôle.

10.3.3 Tenter de se désimpliquer, de prendre de la distance

A certains moments, les tensions induites par les désaccords sur les prises en charge étaient tellement intenses que la seule option possible était le désengagement de la situation. Nous pourrions comprendre cela comme un constat final d'impuissance : puisque je ne peux rien changer, je me retire ! Il est évident que cela va générer beaucoup de culpabilité. Roxanne est celle qui a vécu cela le plus fortement, entre autres parce que ces tensions ont été très aiguës, pendant plusieurs jours d'affilée, avec une charge de travail importante :

Comme aujourd'hui, je veux dire le mot, c'est pas fatiguée, je veux dire c'est épuisée, et je pense que je fais un peu les choses un peu vite comme ça, mais parce que, si je reste trois heures à côté de ces messieurs, et ils sont tous autant mal les uns que les autres c'est moi qui vais décompenser à la fin de la journée. Je dois me protéger moi-même parce que je pense sinon je vais péter un câble rapidement. (Roxanne, E6, p.187)

Son idéal et ses valeurs d'infirmière bienfaitante, accompagnatrice des patients en situation de crise, avocate de leurs besoins auprès des médecins, étaient à l'origine de sa souffrance. Son impuissance à la résoudre en faisant changer d'avis au médecin la conduisait à se révéler mauvaise à ses propres yeux puisque non seulement, elle ne parvenait pas à agir selon son idéal, mais même le minimum était difficile. Elle ne parvenait pas à se reconnaître dans ce qu'elle entreprenait en référence à Clot (2006a). La souffrance au travail était forte. Par contre, là, les tensions ne s'arrêtaient pas au domaine professionnel, elles touchaient sa personne dans son entier. Roxanne sentait que ces tensions identitaires conjoncturelles menaçaient sa structure identitaire elle-même. Il en ressortait qu'elle devait choisir entre elle ou les patients, sachant que si elle craquait, elle ne pourrait de toute façon pas remplir son rôle.

Elle était ambivalente, à la fois culpabilisée de ne pas en faire plus et en même temps bien consciente qu'elle n'en était plus capable. Après plusieurs jours de travail, particulièrement chargés, elle atteignait son point de rupture. Ceci la ramenait à son questionnement sur la gestion de ses émotions:

Je pense que ça m'implique trop peut-être et ça me protège pas par rapport à des situations comme ce monsieur, je pense que ça m'affecte trop et que ça devrait pas m'affecter autant. Et je pense que sans me projeter à la place de ces gens, ça me ferait pas autant d'effets, mais je me dis en même temps, c'est comme ça qu'on réagit. (Ibid.)

Sa sensibilité était sa force et sa fragilité et elle restait convaincue qu'elle ne voulait pas *se bétonner*. Entre sa compréhension de la souffrance du médecin et son besoin de protéger le patient en obtenant ce dont elle estimait qu'il avait besoin, elle faisait énormément d'efforts pour se contenir et continuer à négocier. Finalement, nous pouvons faire l'hypothèse que, comme le conflit n'a jamais vraiment éclaté, Roxanne a tout pris sur elle, vivant un conflit interne très intense et épuisant.

Les répercussions ne se limitaient pas seulement à elle, et ce fut là une autre source de culpabilité. La charge de travail intense induisait qu'elle avait besoin que l'étudiante HES de première année qu'elle encadrait soit une force de travail, comme nous l'avons signalé au chapitre 7. Nous voyons là comment les tensions identitaires induites par le désaccord sur la prise en charge de ce patient s'amplifient en fonction des particularités du contexte (surcharge, encadrement, etc.). La NP se retrouve submergée autant physiquement que cognitivement et émotionnellement. La logique qui prédomine est celle de la survie. Dans un tel contexte, toutes les ressources sont amoindries, ce qui serait également le cas pour une diplômée plus expérimentée. Comme cette situation est intervenue à un moment où Roxanne se sentait en sécurité dans l'équipe, elle a osé demander que quelqu'un d'autre la relaie auprès de ce patient pour les jours suivants, en prenant soin aussi que l'étudiante soit déchargée. Cette demande a été également l'occasion d'échanger son vécu émotionnel avec ses collègues qui l'ont parfaitement entendue et soutenue. Le recours à sa propre CP est un élément protecteur.

10.3.4 Se taire ou, du moins, ne pas nommer explicitement le conflit

Finalement, une des réactions qui a été fréquente était de se taire, surtout face aux médecins, alors que c'était la collaboration avec eux qui posait problème. Ceci peut s'expliquer entre autres par le pouvoir accordé aux médecins :

Nous, on est très impuissantes parce qu'on a beau dire, et malheureusement, ils ont une certaine hiérarchie, une certaine grandeur qui fait qu'on peut pas leur dire : « bordel, vous pouvez pas vous bouger un ! » Alors des fois, on est là : « oui mais bon, ça fait un moment là que ça dure, faudrait peut-être accélérer les choses. » (Cléa, E3, p.82)

Il est difficile de dire si le « nous » et le « on » renvoyaient véritablement au collectif, il n'empêche que Cléa se sentait toute petite, dans une posture qui rendait le positionnement

très difficile. La situation était d'autant plus aiguë quand il s'agissait des médecins-chefs. Pour Agathe, prendre la parole durant la grande visite était juste impossible :

C'est jamais évident, petite infirmière, quand y a les dix médecins là, d'aller donner son point de vue quand même, en plus, comme j'étais encore jeune diplômée. Je pense que je le ferai, mais quand j'aurai plus d'assurance. Mais là, c'était pas possible. (Agathe, E2, p.18)

La petitesse que toutes les deux s'attribuent dans leur discours est particulièrement frappante. Elle est à associer à la différence de statut, à leur jeunesse, à leur inexpérience, et en début de prise de poste, à une place ressentie encore comme fragile dans le sein de leur propre communauté. Sachant l'importance qu'elles accordent à représenter et défendre le patient, ces situations s'avèrent donc très lourdes de tensions identitaires. Nous pouvons toutefois nous interroger sur le moment où elles se sentiront plus à même d'intervenir : nous pouvons postuler qu'il faudra beaucoup de temps, ou la présence de modèles parmi leurs collègues qui ne se trouveront pas menacées par leur prise de position. L'affirmation de soi en situation conflictuelle, dans le cadre de leur propre CP, est véritablement apparue dans la deuxième partie de l'année, et dans des situations qui les mobilisaient particulièrement. Face aux médecins-assistants, elles osaient peu entrer explicitement dans le conflit : les NP utilisaient plutôt des stratégies détournées pour parvenir à leurs fins, en général centrées sur le patient et pas sur la collaboration. En ce qui concerne les médecins-chefs, il faudra certainement bien plus longtemps.

L'idée de solliciter leur propre hiérarchie face à la hiérarchie médicale ne leur est que peu venue à l'idée même si elles étaient convaincues que leurs infirmières-chefes avaient suffisamment de crédit auprès des médecins pour être des interlocutrices de choix. Il en résultait que toute la colère et la frustration face au corps médical se retournaient contre elles-mêmes puisqu'elles ne pouvaient en parler à qui de droit, d'où ce sentiment de responsabilité excessive à porter.

10.4 Impact des conflits NP-médecin sur la construction identitaire

La charge émotionnelle qui entourait ces situations conflictuelles était intense. Il peut paraître paradoxal de parler de conflit, puisqu'il s'est finalement peu souvent manifesté explicitement. Mais les tensions identitaires générées par ces situations en font des événements particulièrement significatifs. Nous pouvons aussi remarquer, à travers la forme des discours, que si ces situations-là sont particulièrement aiguës, elles ne semblent pas être des incidents uniques, mais bien plutôt des exacerbations d'autres expériences fréquentes.

Ces conflits n'ont pas modifié la dynamique identitaire des NP, par contre ils leur ont permis, à nouveau, de préciser davantage leur place dans le système de santé, de mieux délimiter et différencier leur rôle par rapport à celui de médecin. En ce sens, ils ont tenu une place importante dans leur construction identitaire de cette première année. Ce qui ressort avec force, c'est le manque de reconnaissance perçu de la part de figures d'autorité face auxquelles les NP se placent d'emblée en position d'infériorité. Il semble que

l'élément de tension prioritaire se trouve à ce niveau dans la majorité des situations décrites. C'est cela qui les mobilise, les révolte, les frustre et qui les conduit à s'interroger sur les interactions, sur la collaboration, sur le sens du travail réalisé.

Le défaut de reconnaissance qu'elles signalent concerne différentes dimensions :

- le rôle infirmier spécifique et délégué, entre autres auprès du patient, dans ce qu'il représente de présence et d'engagement ;
- la place de l'infirmière dans la collaboration, dont la présence est jugée comme non nécessaire dans des moments-clés ou alors dont la lecture de la situation n'est pas prise en compte ;
- le collectif infirmier à travers le non-respect de l'organisation du travail infirmier qui devrait être seul à s'adapter aux besoins des médecins ;

Les enjeux qui accompagnent la collaboration se jouent donc à différents niveaux qui mériteraient d'être explicités : le but de la mission commune, les moyens d'y parvenir, la répartition des responsabilités, mais aussi la manière de collaborer et les relations entre les deux CP. Dans les situations conflictuelles, tous ces niveaux semblaient altérés, et c'est pour cela qu'une négociation de sens s'avérerait nécessaire. Mais pour le faire, il aurait été indispensable de nommer le rapport de force, ses effets et de le mettre en discussion. Visiblement, pour la plupart des NP, ce n'était pas envisageable : le positionnement, déjà difficile dans le cadre de l'équipe soignante, semble là impossible. Du coup, elles ressentent de la colère mais qu'elles retournent contre leurs collègues ou contre elles-mêmes, elles se plaignent dans l'équipe, elles manifestent leur mal être à différents endroits mais pas vis-à-vis des personnes concernées.

Ce silence se révèle pourtant lourd de conséquence : les NP assument les décisions d'autrui avec lesquelles elles ne sont pas forcément en accord. Nous l'avons vu, elles portent fortement la responsabilité de leur rôle, mais elles ont souvent de la difficulté à laisser celle des autres sur leurs propres épaules. Il en découle qu'elles assument le plus souvent le poids des dysfonctionnements de la collaboration, ainsi que la responsabilité des médecins. C'est beaucoup, c'est trop, et nous le retrouvons fréquemment dans les situations où elles ressentent de la culpabilité et/ou de l'impuissance. Elles semblent avoir de la difficulté à jouer un véritable rôle d'intermédiaire dans le système, qui fait circuler les données pertinentes, sources d'un pouvoir important. Elles paraissent être tantôt face au patient, tantôt face au médecin, les représentant tantôt l'un, tantôt l'autre. Finalement la personne qu'elles représentent le moins, ce sont elles-mêmes ! Elles ne se positionnent pas en tiers, porteuses d'une culture, et donc à partir de là, d'une lecture différente d'une même situation. Cet « effacement » n'est vraiment pas favorable à une reconnaissance et leur sentiment d'infériorité y contribue fortement.

Toutes ne sont pourtant pas dans cette posture. Charline tend à plus se positionner, cependant elle le fait principalement quand les relations interpersonnelles avec le médecin sont bonnes préalablement au conflit. Il y a par moments des réactions de révolte, des tentatives d'influencer, mais tout cela reste très faible comparativement au malaise, voire

la souffrance par moments, ressenti. Quel est ce si grand danger qui ne les autorise pas à se défendre, se protéger, exister en se positionnant ? Ces tentatives se révélant souvent infructueuses, le conflit a tendance à se cristalliser, ce qui rend sa résolution de moins en moins probable, les NP ressentant peu de respect pour ces médecins. Une réciprocité dans la « non reconnaissance » s'installe.

Il apparaît que ces conflits entre médecin et NP ont conduit prioritairement les NP à reconnaître elles-mêmes leur rôle, leur importance dans le système à travers les répercussions observées quand elles n'étaient pas prises en considération dans les décisions. Cette prise de conscience de leur valeur est importante mais pas suffisante, tant qu'elles se maintiennent, sont maintenues, ou se laissent maintenir dans cette position d'infériorité. A nouveau, le pouvoir s'inscrivant dans une relation, elles peuvent influencer ce rapport de force, et dans tous les cas ne pas le considérer simplement comme une évidence. Se considérer elles-mêmes comme une interlocutrice d'importance est une étape première pour y parvenir, et ce sont peut-être les découvertes principales au décours de ces conflits durant cette première année. Se positionner en tant que telle dans la collaboration est l'étape suivante, sinon, ce type de situations va perdurer.

Toutefois, par rapport à ces conflits, elles ne sont pas seules en cause : il s'agit également de la relation entre deux CP. Le rapport de force a également à être parlé à ce niveau-là. Il existe de réelles tensions, dysfonctionnements entre deux groupes professionnels et il n'est pas pertinent de compter simplement sur des personnalités afin de les résoudre. La collaboration interprofessionnelle n'est pas de la bonne volonté, c'est une nécessité impérative, indépendante des personnes qui occupent les postes. Certes celles-ci vont colorer la manière d'habiter leur rôle, mais elles n'ont pas à décider si elles veulent ou non collaborer. La vraie question est : comment collaborer ? Un positionnement institutionnel s'avère donc nécessaire, suivi d'un travail en proximité sur le terrain entre les CP.

PARTIE III : Synthèse et éclairage

11. Les événements : synthèse, éclairage et enjeux sur la dynamique identitaire

Après avoir développé les cinq événements séparément, nous allons ici en faire une synthèse, en tissant des liens entre eux et en les mettant en perspective avec les références conceptuelles. Nous nous attarderons plus spécifiquement sur l'événement TSRPF qui met en évidence les conditions et repères individuels, sociaux et environnementaux qui ont caractérisé les débuts des NP et à partir desquels elles ont développé leur identité professionnelle au sein de leur groupe d'appartenance. Les erreurs et différents conflits ont tenu un rôle considérable dans la compréhension de leur nouveau rôle, de leurs responsabilités et des liens d'interdépendance entre les différents professionnels. Ces événements ont été des moments forts pour la construction du sentiment de sécurité psychologique au travail et pour l'insertion dans la communauté de pratique. L'encadrement, qui ne concernait que trois NP mais présentait des enjeux identitaires majeurs, ne sera pas repris ici. Nous en retenons toutefois que la posture d'infirmière de référence dans les premiers mois post-diplôme est excessivement prématurée et à éviter. Par contre, la participation ponctuelle à des activités d'encadrement, par la prise de conscience de sa propre évolution qu'elle permet, ainsi que par la nécessité de clarifier son activité professionnelle et les connaissances qu'elle demande, est intéressante et profitable pour le développement professionnel et la construction identitaire. Un soutien orienté vers l'acquisition des compétences pédagogiques inhérentes à cette activité spécifique s'avère nécessaire. Il s'agirait donc plutôt d'une préparation progressive à un rôle de référente qui ne serait à assumer que lorsque les NP ont une bonne connaissance de leur travail dans le service.

11.1 TSRPF : un événement inévitable qui marque le passage de stagiaire à diplômée

Le but de la formation d'infirmière est de préparer les futures diplômées à assumer un rôle professionnel dans toutes ses dimensions. Le référentiel de compétences en est le guide, et la gradation dans les attentes au fil des stages vise à ce que les étudiantes se rapprochent le plus possible de la pratique normale d'une infirmière dans leur stage final. Néanmoins, malgré leurs tentatives de « faire comme si », rien n'avait préparé les NP au sentiment de responsabilité qui leur est littéralement « tombé dessus » quand elles se sont retrouvées pour la première fois avec la responsabilité de l'intégralité de la prise en charge d'un certain nombre de patients. Les soins aux patients étaient la dimension du rôle qui prédominait dans leur activité et qui orientait la mobilisation d'autres aspects du rôle afin d'atteindre leurs buts (administration, gestion de l'équipe, gestion de l'information, travail en équipe sur des tâches non soignantes, etc.).

Comme nous l'avons vu dans les parcours singuliers, la dynamique identitaire des débuts des NP était essentiellement une *dynamique de gestation identitaire avec besoin de confirmation de soi*. Lors de la prise de poste, l'identité professionnelle des NP est surtout statutaire, visibilisée par un badge et un nouveau cahier des charges. Derrière ces composantes objectives, l'identité nouvellement acquise est instable, à vérifier, à

construire. Même si les NP possédaient des connaissances et des compétences, elles devaient les renforcer ou en développer d'autres, en regard de leur projet, de leurs attentes vis-à-vis d'elles-mêmes et de l'équipe, ainsi qu'en regard des attentes des autres significatifs à leurs yeux. Si la formation en alternance les y a préparées, il n'en demeure pas moins que devenir une infirmière compétente dans un service spécifique représente un changement majeur, entre continuité et rupture.

TSRPF est un *événement incontournable* qui représente cette rupture puisqu'il place les NP dans une posture inédite : celle d'être seule, responsable, avec l'intégralité du rôle à charge, sans regard sécurisant sur ce qu'elles entreprennent. Il marque donc une séparation entre avant (stagiaire) et aujourd'hui (diplômée), entre deux temps de la vie (de la fin de l'adolescence à l'entrée dans l'âge adulte), entre deux statuts modifiant profondément les relations entre les membres de l'équipe et les NP (d'un statut de dépendance avec enjeu évaluatif à un statut de parité). Il s'agit d'une véritable *épreuve de croissance professionnelle*, mais également personnelle grâce aux possibles ouverts par l'autonomie acquise (indépendance financière, modification du mode et du lieu de vie, transformation des liens privés, etc.). Le monde des NP a définitivement changé, il n'y a plus de retour possible. Nous trouvons donc là quelque chose de l'ordre du rite initiatique. Se pose alors la question de comment ce passage est accompagné et soutenu pour que cette épreuve soit constructive, source de maturation et de confiance en soi et en l'avenir, et non pas destructrice, menaçante pour l'intégrité de la personne. Qu'en a-t-il donc été pour les NP de cette recherche ?

11.1.1 Une épreuve initiatique, dans un nouveau rôle et dans un nouvel environnement

TSRPF : caractéristiques des situations critiques à l'origine de l'épreuve :

- *Ces situations critiques sont survenues très/trop précocement au début de la prise de poste* : pour 6 NP /7, durant les 5 premiers jours, pour la dernière (Charline) dans les 10 premiers jours. Les causes de cette précocité mises en évidence sont diverses :
 - La surcharge de travail était souvent mise en exergue (Judith, Sabina, Agathe, Roxanne, Cléa). Elle pouvait autant être liée au nombre et à la complexité des situations de patients, qu'à un manque de personnel ou à la constitution spécifique d'une équipe (grande jeunesse et inexpérience), voire à la combinaison de ces obstacles (Judith). Dans de tels contextes, le soutien s'est avéré faible quantitativement et/ou qualitativement. Ces conditions étaient inattendues pour les NP, et en contradiction avec le soutien (principalement le doublage) annoncé lors de la procédure d'embauche.
 - Le désir réel d'offrir plus de soutien dans l'unité malgré les injonctions de l'institution peut être interrogé. Si l'ICUS de Cléa reconnaît explicitement qu'elle n'envisage pas de modifier les conditions d'accueil, nous pouvons nous demander si la surcharge n'était pas de temps à autre une excuse

relative. Selon Agathe, il n'y avait pas de surcharge et pourtant le soutien était faible et l'est demeuré pour les nouvelles arrivées par la suite. Par contre, chez Judith où la surcharge était effective, ses remarques ont été prises en compte par les ICUS pour améliorer l'accueil des NP suivantes quand la situation s'est stabilisée.

- Les bonnes compétences démontrées par les NP ont parfois conduit à un allègement du soutien prévu, générant un contexte soudain défavorable. Ce fut le cas pour Charline, Roxanne et Elisa.
- La structure particulière d'une institution et/ou sa mission induisaient des contraintes de travail spécifiques. L'éclatement des lieux de pratique pour les soins à domicile demandait forcément une pratique indépendante, avec une équipe présente mais à distance, d'où l'exigence habituelle d'avoir deux ans de pratique professionnelle avant l'embauche. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux, le nombre peu important d'infirmières nécessitait de la part de la NP non seulement une pratique autonome, mais également un rôle de cheffe d'une équipe constituée essentiellement d'aides-soignantes. De plus, Elisa et Roxanne étaient embauchées temporairement pour remplacer une infirmière diplômée : les institutions entreprennent ce type de démarche quand elles sont généralement en déficit de personnel, donc elles attendent une opérationnalité immédiate avec un investissement le moins important possible de leur part. Dans ce contexte, le statut de NP n'est pas ou peu pris en compte.
- Ces situations confrontaient les NP à la *complexité des situations de soins*, mais aussi à la *complexité du rôle* dans toutes ses dimensions (travail collaboratif dans l'équipe de soins et avec les médecins, gestion administrative et organisationnelle). Elles découvraient pleinement ce que veut dire être une intermédiaire culturelle.
- Ces situations *mettaient en doute les NP sur leur capacité à gérer la charge de travail* qui leur incombait, tant au niveau qualitatif que quantitatif, la précocité de leur survenue étant un facteur aggravant en regard du niveau de leurs connaissances :
 - *Par rapport aux situations des patients du service* : elles manquaient de connaissances sur les pathologies spécifiques, les traitements et les soins qui en découlaient (savoirs, savoir-faire et savoir-être), ce qui se manifestait par un manque de compréhension globale des situations et une anticipation limitée. TSRPF conduisait à la prise de conscience de tout ce qu'elles ne savaient pas, ce qui s'avérait anxiogène. Comme leur but était d'agir, de se montrer efficace, et qu'elles n'étaient pas forcément sûres de la justesse de ce qui était entrepris, elles auraient souvent désiré recevoir juste un « OK » par rapport à ce qu'elles projetaient de faire.
 - *Par rapport au service* : leur méconnaissance de la structure (architecture, rangement, etc.), du fonctionnement organisationnel (horaire, administration, gestion du travail, etc.) les conduisait à perdre du temps à chercher du matériel,

à être désorganisées car elles n'étaient pas dans le rythme du service (repas, visite médicale, etc.). Elles manquaient d'anticipation et étaient fréquemment surprises par ce qui se passait, les imprévus étaient permanents, ce qui alourdissait une charge de travail déjà conséquente. Après quelque temps dans le service, bon nombre de ces imprévus n'en étaient plus, il s'agissait plutôt d'incidents prévisibles auxquels elles avaient appris à réagir. Par contre, au moment de TSRPF, les surprises étaient présentes au décours de chaque activité.

- *Par rapport à l'équipe de soins* : les NP découvraient les membres de l'équipe disciplinaire, leur ressource prioritaire, ainsi que la dynamique du groupe. Nous pourrions dire que TSRPF leur permet de découvrir qui peut être une aide et comment le soutien peut être apporté. Elles sont obligées de manifester des comportements d'apprentissage (demande d'aide, questionnement) en ayant très peu d'indicateurs sur la manière dont ces sollicitations seront acceptées dans ce collectif. Malgré les incitations verbales à le faire, elles ne savaient rien des réactions possibles face aux doutes et aux manques qu'elles manifesteraient. Elles pouvaient également difficilement échanger sur les émotions qu'elles vivaient. Nouvelles arrivantes, elles se trouvaient en position périphérique par rapport à la CP (ce qui est normal). La solitude ressentie en travaillant en responsabilité pouvait accroître ce sentiment d'être en extériorité par rapport au groupe et pourtant, pour agir, elles devaient aller chercher les ressources à l'intérieur du groupe. En fonction de leurs expériences de stage, et de leur confiance en soi, le risque perçu pouvait être plus ou moins conséquent. *TSRPF représentait donc un moment clé de la construction de la SPT et de l'entrée dans la communauté de pratique.*
- *Par rapport à l'équipe pluridisciplinaire* : les NP découvraient une manière nouvelle d'être en interaction avec les médecins, sans intermédiaire comme c'était souvent le cas en stage. Les visites médicales étaient vécues comme stressantes. Il y avait beaucoup d'inquiétude sur l'image donnée face à une figure d'autorité, même s'il s'agissait d'un médecin-assistant aussi débutant qu'elles. Les premières questions sur l'efficacité de leur collaboration pour améliorer la situation des patients ont émergé alors. Il est à relever que la collaboration avec les physiothérapeutes, les techniciens en radiologie, les diététiciennes, etc., autres professions statutairement équivalentes, n'ont fait l'objet d'aucunes remarques, l'accordage semblant aisé.
- *Par rapport à l'institution* : elles avaient peu de connaissances du fonctionnement hiérarchique hors de l'équipe de soins, des modes de gestion « supra » (institutionnels, politiques). Elles s'y intéressaient modérément, même si elles avaient conscience que les conditions qui présidaient à leurs débuts étaient aussi liées à ces espaces décisionnels.

TSRPF et sentiment d'auto-efficacité

La manière d'aborder cette expérience/épreuve par les NP est également à analyser en regard de leur *sentiment d'auto-efficacité*. Ce concept a été développé en 1997 par Albert Bandura, psychologue, devenu l'un des chefs de file du sociocognitivism. Il place l'individu au cœur d'une triade d'interactions entre facteurs cognitifs, comportementaux et contextuels. Les sujets sociaux apparaissent ainsi à la fois comme les producteurs et les produits de leur environnement. L'individu exerce une influence personnelle sur son fonctionnement et son environnement (*agentivité*), la croyance d'efficacité personnelle en est un des mécanismes les plus fréquents. Ce sentiment d'auto-efficacité se définit comme la croyance qu'un individu a dans ses propres capacités d'action en vue d'un résultat souhaité, quelles que soient ses aptitudes objectives. Il représente la base de la motivation, de la persévérance et d'une grande partie des accomplissements humains.

Pour Bandura (1997/2007), les individus développent et consolident leur sentiment d'efficacité personnel à partir de quatre types de déterminants : les *performances antérieures* (plus ils auront eu de succès, plus ils seront enclin à croire qu'ils vont réussir), *l'expérience vicariante* (en observant des modèles, les individus réalisent des apprentissages par une expérience indirecte qui repose sur le phénomène des comparaisons sociales), la *persuasion verbale* (par des suggestions, des avertissements, des conseils et des interrogations, les participants peuvent être amenés vers la croyance qu'ils possèdent le potentiel pour réussir) et, finalement, les *états physiologiques et émotionnels* (anxieux, stressés, les individus sont plus amenés à douter de leurs compétences, ce qui peut les conduire à l'échec).

Au moment où les NP travaillent seules en responsabilité pour la première fois, le sentiment d'auto-efficacité pour réaliser leur travail repose prioritairement sur leurs expériences de stage. En ce sens, nous pouvons bien concevoir l'importance que peut prendre la référence à un parcours qui a plus ou moins permis d'expérimenter le domaine de soins et l'institution dans lesquels la NP s'insère. Simultanément, par le stress et l'anxiété qu'il induit, TSRPF génère des états émotionnels susceptibles de conduire à l'échec de nouvelles diplômées à l'heure où elles doivent mobiliser toutes leurs ressources personnelles pour s'adapter à une situation inédite. 6 des 7 NP avaient plutôt un bon sentiment d'auto-efficacité (très bon pour Charline, Elisa, Roxanne et Agathe ; bon pour Cléa et Judith). Sabina était celle qui doutait le plus de ses compétences d'où le sentiment que ce premier poste était un *grand défi*. Leur sentiment d'auto-efficacité (évaluation de leurs aptitudes) pouvait être plus ou moins corrélé à leur estime de soi (évaluation de leur valeur personnelle). Cléa et Sabina étaient celles chez qui l'estime de soi était la moins solide, dépendant fortement du regard d'autrui sur elles. Dans tous les cas, cette prise de poste représentait un enjeu essentiel non seulement au niveau professionnel mais aussi personnel, qui se manifestait entre autres dans le haut niveau d'investissement manifesté par les NP. Dans ce contexte, un échec dans l'atteinte d'un objectif professionnel pouvait altérer l'estime de soi de la personne, et c'est un des enjeux de TSRPF.

Manques et attentes émergeant de TSRPF

Les manques perçus par les NP étaient à la fois réels et relatifs, et elles estimaient finalement avoir une importante palette de connaissances et de compétences à disposition. Cependant, les discours et critiques entendus durant la formation sur ce dont elles auraient dû être capables à tel ou tel stage, ainsi que sur les insuffisances des infirmières porteuses du nouveau titre HES avaient été interprétés comme les attentes de la pratique. TSRPF pouvait donc être perçu comme une confirmation de ces attentes. Cela renforçait leurs propres représentations d'une infirmière diplômée qui maîtrise, qui sait, qui contrôle. Il y avait rencontre entre des attentes très élevées à la fois personnelles (projet de soi pour soi), mais aussi introjetées durant leurs stages (projet d'autrui pour soi) et celles qu'elles imaginaient de la part du service émergeant de TSRPF et auxquelles elles souhaitaient vivement répondre (projet de soi pour autrui). Ce très haut niveau d'exigence vis-à-vis de soi est relevé par de nombreuses recherches dont certaines soulignent qu'elles sont fréquemment plus élevées que celles de l'équipe (Berberat, Bulliard Verville & Perrenoud, 2013; T. Clark & Holmes, 2007; Mooney, 2007a). Le repérage des attentes par les NP est surtout implicite et elles ne les discutent pas avec leurs collègues. Les bilans réguliers, qui seraient des moments qui leur donneraient des repères et permettraient de savoir s'il y a concordance entre ce qu'elles démontrent et ce qui est souhaité, étaient rares, hormis l'évaluation formelle de la fin du temps d'essai. La demande de feed-back de leur part et la discussion sur les expériences étaient des comportements d'apprentissage plus ou moins inhibés, ce qui est un indicateur d'une SPT en construction, plutôt fragile. Dans ce contexte, le risque d'un sentiment d'efficacité personnelle insuffisante est donc accru.

Observer que leurs collègues n'étaient pas capables de répondre à leurs interrogations ou seulement partiellement et qu'elles posaient également des questions, ne modifiaient pas leurs représentations de l'infirmière qui a tout sous contrôle. Elles se sentaient différentes, en déficit, et prenaient à leur compte la responsabilité de leurs manques : c'était donc à elles de se donner les moyens de répondre aux attentes, de se débrouiller pour survivre (Mooney, 2007a). Ce n'est que dans la seconde moitié de l'année qu'elles réussirent à prendre en compte les comportements d'apprentissage de leurs collègues, légitimant ainsi les leurs. Ces éléments sont en concordance avec les recherches qui démontrent que durant les six premiers mois, les NP sont centrées sur elles-mêmes, leurs activités, leurs manques et la découverte de toute l'étendue de leur rôle. Par la suite, elles parviennent à se décentrer, à mieux percevoir les besoins des autres, patients et collègues (McKenna & Green, 2004; Newhouse, 2007). Dans cette recherche, il semble que ce n'est qu'après avoir ressenti une SPT suffisante en fonction des réponses reçues à leurs demandes, que les NP ont pu se décentrer de leurs représentations et de ce qu'elles s'imaginaient que les autres pensaient pour se placer dans une relation de parité avec leurs collègues. En ce sens, nous pouvons comprendre l'importance des moments où la NP peut, dans une inversion des rôles, offrir du soutien à ses collègues ou répondre à ses questions. Toutes en ont parlé à un moment ou à un autre, nommant le plaisir de cette réciprocité après avoir eu si souvent l'impression *de souler* leurs collègues avec leurs questions. Cléa y a mis un accent particulièrement fort, elle qui voulait tant être une parmi les autres, preuve qu'elle

n'était plus la stagiaire, *le petit truc à part*. Sentiment d'auto-efficacité et d'estime de soi y étaient étroitement intriqués.

Durant l'année, les NP qui travaillaient dans les services où les pressions avaient été les plus fortes (Judith, Agathe, Sabina) ont eu parfois des paroles de rébellion sur l'excès des attentes d'opérationnalité immédiate qu'elles percevaient défendant, à travers le droit à l'apprentissage, la reconnaissance du droit d'être une débutante avec tout ce qu'implique ce passage, indépendamment de la profession et du titre. Elles n'ont cependant pas ou peu osé l'exprimer dans leur service au début, c'est dans le cadre de nos entretiens cliniques qu'elles le dirent prioritairement. Au moment de TSRPF, après quelques jours dans l'unité, s'opposer était impossible : le désir de s'intégrer ainsi que le besoin de prouver leurs compétences étaient trop grands. La seule option envisagée était de tenter de satisfaire aux attentes et elles s'y engageaient intensément.

TSRPF a donc généré des tensions entre soi actuel et soi idéal, ainsi qu'entre soi et autrui, dans une logique de correspondance aux attentes, gage d'intégration. Ces tensions étaient d'autant plus intenses que l'événement arrivait précocement, alors que leurs ressources étaient limitées. Le sentiment de solitude au milieu des autres qu'elles décrivent peut être vu comme un indicateur de leur perception de la fragilité de leur place dans l'équipe, ainsi que du défi conséquent que représentait la gestion de cette situation de travail. La SPT n'était pas présente, le stress, la peur et l'angoisse y étaient, par contre, extrêmement vivaces. Leur place de nouvelle, en périphérie de l'équipe, ne leur donnait pas accès si tôt aux stratégies collectives de défenses. Il s'agissait d'une situation qui pouvait générer de la souffrance au travail si elle durait, d'autant plus avec leurs ressources limitées pour assumer leur nouvelle fonction et pour évacuer la surcharge tant mentale que physique et émotionnelle qu'elles vivaient.

11.1.2 Obstacles, ressources et stratégies pour gérer le travail seule en responsabilité

Les NP n'étaient pas sans ressources puisqu'elles sont parvenues à *se débrouiller*, à *bricoler*, avec toute l'approximation que sous-entendent ces termes. De leur formation, elles possédaient un bagage de connaissances lié à leurs apprentissages théoriques et à leurs expériences de stage qui leur permettaient le plus souvent d'agir même si elles n'avaient pas le sentiment de maîtriser leur activité, entre autres en raison d'une compréhension partielle des situations. Elles parvenaient à transférer des connaissances surtout générales, par contre celles inhérentes aux spécificités de leur service devaient être acquises et/ou remobilisées et développées. Ce qui était particulièrement notable, c'était leur *besoin de confronter leurs savoirs théoriques aux situations concrètes*. Le lien théorie-pratique leur permettait soit la validation d'un savoir, soit sa réactivation alors qu'elles le pensaient manquant car non exploité. Cette transformation d'un savoir en connaissance, véritable composante identitaire, avait diversement été réalisée en fonction de leurs parcours de stages durant la formation et de leurs stratégies d'apprentissage entre autres. La plus ou moins grande résonance qu'elles pouvaient percevoir entre leurs

expériences antérieures et celles de leur début leur offrait des repères pour orienter leurs actions. Ceci était particulièrement prégnant dans les services somatiques aigus.

Connaissances spécifiques et stratégies de résolution

En médecine et chirurgie, les connaissances spécifiques (biomédicales, physiopathologiques et pharmacologiques) avaient le plus besoin d'être travaillées à court et à moyen terme. T. Clark et Holmes (2007) relèvent qu'il est plus facile de cerner les connaissances et compétences spécifiques à développer que les générales, d'autant plus qu'elles sont gage d'acceptation. Ces déficits étaient source d'angoisses importantes, entre autres la peur de nuire au patient, voire de le tuer, d'où les précautions d'écriture « pour se couvrir » en cas de problème (Sabina, Charline). Le travail nécessaire pour renforcer ou compenser ces connaissances pouvait être réalisé en grande partie individuellement par le NP. Il demandait toutefois du temps et de l'énergie, qui tous deux faisaient défaut. S'y rajoutait probablement, parfois, un désir de ne plus vivre les contraintes liées au quotidien d'une stagiaire. Par contre, quand les NP étudiaient, l'intégration semblait plus facile car leurs recherches visaient à répondre à des situations rencontrées et les liens théorie-pratique étaient constants. Les savoirs théoriques se transformaient donc immédiatement en connaissances et ces apprentissages étaient hautement significatifs.

Les déficits de savoir-faire, principalement les techniques de soins, ont tenu une place très importante dans les huit premières semaines : ils étaient certes nécessaires à l'action mais étaient également très valorisés par l'équipe et considérés par les NP comme des objets spécifiques sur lesquelles elles seraient jugées. Ils représentaient donc un enjeu identitaire important. La méconnaissance du fonctionnement administratif pesait également lourd : cet aspect peu investi durant la formation prenait tout d'un coup toute son importance et nécessitait une sollicitation très fréquente des collègues. Nous avons vu qu'il était également perçu positivement, principalement le dossier du patient où elles pouvaient attester de ce qu'elles avaient entrepris et observé afin de se protéger en cas de problèmes ultérieurs du patient. Contrairement à ce qui est signalé fréquemment, elles ne montraient pas de résistance face à ces activités « non-soignantes », mais elles auraient eu besoin d'avoir des informations groupées et des repères précis, plutôt que de devoir solliciter les collègues à chaque nouveau document ou nouvelle démarche.

De façon générale, dans leur activité, les NP étaient essentiellement réactives. Leur sentiment de maîtriser leur travail était fluctuant en fonction des situations, et elles étaient fréquemment confrontées à des questions qu'elles n'avaient pas eu l'idée de se poser. En conséquence, elles étaient aussi empruntées pour répondre aux patients puisqu'elles n'avaient pas ou peu de représentation des prises en charge et de leurs implications pour la personne durant le séjour puis lors du retour à domicile. Elles considéraient cela comme un sérieux défaut de compétences. Ces connaissances spécifiques leur étaient essentielles pour agir de manière réfléchie, avec un minimum d'anticipation. Bien évidemment, cela ne s'acquiert pas en quelques jours, donc forcément, au moment de TSRPF, non

seulement elles ne les possédaient pas encore, mais elles prenaient surtout la mesure de ce qui leur manquait.

Réflexivité et jugement clinique

La réflexivité dont elles faisaient preuve au début visait à comprendre le travail auprès d'un patient spécifique, dans ce contexte donné. Elles analysaient situation par situation, activité par activité, chacune étant plus ou moins nouvelle dans un premier temps, demandant un *processus contrôlé*, soit une réflexion sur tout ce qui était entrepris (cf. p. 89). Ce fonctionnement est énergétiquement très coûteux et du registre de l'*action réfléchie* selon Pineau (2013). Sur la durée, cette démarche leur a permis à travers la répétition des situations de mettre en évidence ce qui est ce qui est de l'ordre du général et du particulier, d'acquérir des savoirs procéduraux, qui se sont automatisés. Au moment de TSRPF, leur questionnement était souvent pratico-pratique et plutôt linéaire (de type quel médicament, pourquoi, etc.), ce qui explique leur difficulté à avoir une vision globale des situations de soins et qui est typique d'une débutante selon Benner (1995). Comme Cléa et Agathe l'ont signalé, elles n'avaient souvent même pas eu l'idée de s'interroger sur quelque chose avant qu'elles n'en entendent parler une collègue.

En tenant compte de ce fonctionnement réflexif, les NP avaient besoin d'une certaine guidance pour déterminer les priorités de soins, les observations à réaliser. Leur jugement clinique est ce dont elle doutait le plus et ce qui était le plus anxigène. Tous les manques et limites de connaissances y contribuaient, leur organisation réactive, donc qui manquait de structure et de systématique, renforçait cela. Leur bagage de la formation paraît donc à ce niveau limité : d'après elles, elles ne pouvaient que repérer les grands problèmes ou complications. Pour tout ce qui était plus fin et/ou évolutif à bas bruit, le dépistage semblait aléatoire, de l'ordre du coup de chance. L'insécurité était très forte et nécessitait le soutien des infirmières diplômées expérimentées pour guider le regard et/ou aider à l'interprétation des données récoltées. Reprenons les dires de Pineau (2013) :

Entre l'action réfléchie et la pratique réflexive, il y a toute la distance entre une conduite ponctuelle, s'ajustant spontanément de façon quasiment réflexe, et son extension à un ensemble d'actions, à une conduite plus large nécessitant une autorégulation et un autopilotage plus conscient de ses multiples sens possibles.
(p.15)

L'autorégulation et l'autopilotage demandent du temps et de l'expérience. Si elles n'en sont pas exemptes, les NP ont besoin de soutien à ce niveau. En interaction avec des collègues plus expérimentées, elles pouvaient mettre en perspective leurs interprétations et leurs lectures des situations, orienter leurs actions, etc. Nous voyons là un des problèmes inhérents à une équipe très jeune et inexpérimentée, comme celles de Judith et Sabina. Chaque membre de l'équipe, à des niveaux d'intensité variable, a les mêmes besoins. Ensemble, les infirmières se positionnent vraiment dans un tâtonnement collectif : il y a certes élargissement du point de vue par l'interaction car leurs connaissances ne sont pas identiques, mais le bagage expérientiel est déficitaire. J. Kelly et Ahern (2009) parlent d'un fonctionnement où une aveugle guide une autre aveugle. Dans un contexte comme la gériatrie où l'infirmière est la seule diplômée comme ce fut

le cas pour Elisa, l'absence d'interactions avec des collègues plus expérimentées a conduit à prendre des décisions perçues comme des paris par manque d'ancrage expérimentiel, paris dont la pertinence ne serait évaluable qu'avec leurs résultats. Dans tous les cas, elles vivaient leur travail dans une grande insécurité.

A la lueur de ces difficultés, nous pouvons vraiment nous interroger sur la pertinence du soutien qui prend la forme prioritaire des « questions-réponses » utilisée fréquemment. D'une part, poser des questions, demander de l'aide pouvait représenter un risque interpersonnel au niveau de la SPT, d'autre part il y a une attente sous-jacente que les NP soient capables de définir seules les connaissances et compétences qui leur manquent ou qu'elles doivent développer pour répondre au mandat du service. Nous les avons vues s'interroger à ce sujet et déterminer une sorte de *balance décisionnelle au niveau de la demande d'aide et au questionnement* : jusqu'où demander (niveau d'approfondissement, nombre de questions, temps de sollicitation des collègues) pour être sûre de ne pas nuire au patient versus quand s'arrêter de solliciter les collègues pour ne pas les surcharger et/ou donner une mauvaise image de soi. Au niveau de l'acquisition de savoirs spécifiques, elles parviennent à repérer leurs besoins, mais pour des compétences plus complexes (réflexivité, analyse des situations et priorisation des soins, jugement clinique) qui présentent de manière générale des difficultés aux NP (Chandler, 2012; S. Kelly & Courts, 2007; Lanza *et al.*, 2001), cela s'avère insuffisant. Une guidance à ce niveau serait donc particulièrement judicieuse.

D'autre part, toutes les NP signalaient leur difficulté à être réflexives dans l'action : elles auraient eu souvent besoin de pouvoir, à tête reposée et à distance, analyser les situations de soins, établir des liens, développer des connaissances et ainsi capitaliser l'expérience engrangée. Les analyses de situations ou de pratiques fréquentes dans leur formation en groupe et avec des professionnelles expérimentées faisaient défaut. Toutes les NP signalèrent que les entretiens cliniques jouèrent en partie ce rôle. Nous le voyons, les besoins de soutien prioritaires se situaient dans des zones où ils y avaient nécessité d'articuler les savoirs théoriques, les connaissances avec les expériences qu'elles étaient en train de réaliser auprès des patients.

Formation, parcours de stage et transfert de connaissances

Le transfert de connaissances, qui est le mécanisme qui permet à un sujet d'utiliser dans un nouveau contexte des connaissances acquises antérieurement (Mendelsohn, 1996), s'avère prépondérant pour une formation de généraliste. Pourtant, le transfert ne va pas de soi, ce n'est pas un processus spontané. « La connaissance décontextualisée, donc prête à l'emploi pour des contextes divers, n'est pas un état natif, mais le produit d'un processus d'abstraction progressif, qui n'est nullement spontané, mais suppose au contraire de multiples recontextualisations et décontextualisations » (Perrenoud, 1997, p.7). Ce processus implique d'être capable de repérer des parentés dans des situations différentes, de puiser dans ses expériences et connaissances antérieures des éléments qui permettent de rendre la situation actuelle intelligible et de construire une solution originale à partir des ressources mobilisées. Les professionnelles expertes qui s'appuient sur une multitude de

situations et sur un savoir théorique solide y parviennent, alors que les débutants ont tendance à ne pas repérer la familiarité entre des situations. La formation HES place les étudiantes dans une grande diversité de stages, ce qui peut représenter un frein ou un élément facilitant, en fonction des stratégies d'apprentissage de chacune, mais également en regard des choix didactiques et des modalités d'encadrement proposés. A la HEdS-FR, la construction du programme autour de situations emblématiques, la formation en alternance et les différentes formes d'analyse (de situation ou de pratique, individuelle et en groupe) visent à favoriser cette capacité.

Certaines étudiantes parviennent aisément à tirer des liens entre leurs différentes expériences, malgré des différences notables entre les contextes. Pour d'autres, le transfert n'est possible que dans une grande proximité de situations. Décontextualiser et recontextualiser est très difficile, la guidance d'un tiers est souvent indispensable. Pour ces NP, il est probable qu'elles ont plus besoin que leur parcours de stages soit proche du poste qu'elles occupent pour que la transition se passe au mieux. Pour d'autres, cela s'avère moins nécessaire. Par exemple, si nous nous référons aux parcours de stages de Sabina et d'Elisa, qui étaient plutôt éloignés de leurs premiers postes, nous pourrions nous demander si leur capacité à transférer les connaissances n'a pas participé au vécu très différent quant à leur aptitude à gérer leur travail. Sabina signalait que ses trois premiers mois en chirurgie *ressemblaient trop à quand elle était stagiaire* : le changement de rôle était lent, elle devait autant apprendre que lors des stages, comme si presque tout était nouveau. De plus, elle ne ressemblait pas aux autres NP du service dans ce qu'elle était capable d'assumer. Elle se sentait en terre étrangère, d'autant plus qu'elle travaillait dans une langue différente de celle de ses études, même si c'était sa langue maternelle. Elisa, dans des postes particuliers (intérimaire aux soins à domicile et en psychogériatrie, employée en maternité), a été reconnue très compétente, alors qu'elle n'avait fait aucun stage dans ces secteurs. Face à des situations inédites, malgré tous ses doutes, elle a pu agir adéquatement grâce *aux outils qu'elle avait dans son sac* suite à la formation.

Le décalage entre elle et Sabina est marquant. Les autres NP valorisaient leur capacité d'adaptation comme une de leurs ressources prioritaires, ce qui était aussi reconnu par leurs collègues. Que faut-il comprendre de cette *capacité d'adaptation* ? Les NP signalaient qu'à force de changer de contextes et d'équipe de travail, elles avaient appris à repérer très vite le fonctionnement et la structure. Il est probable que ces changements multiples leur ont permis d'une part de développer leur capacité à transférer, et d'autre part ce « savoir transférer » faisait partie intégrante de leur capacité d'adaptation. Dans leurs débuts, et en particulier lors de TSRPF, elles se sont appuyées sur cette expérience pour pouvoir agir. Charline était, comme Sabina, en chirurgie et dans une langue professionnelle qu'elle maîtrisait mal, pourtant, si elle a vécu une expérience difficile, elle n'a pas été menacée dans ses compétences, au contraire elle a été fortement valorisée malgré la brièveté de ce premier poste. Dans son discours, elle réalisait en permanence des liens avec un stage dans ce même domaine, ce qui atténuait l'angoisse liée à ses limites linguistiques.

11.1.3 Enjeux pour les NP et les institutions

Parker, Giles, Lantry et McMillan (2014) mettent en évidence que les attentes sont signalées plus écrasantes par les NP qui travaillent dans des unités de médecine et chirurgie que dans d'autres domaines. Comment expliquer cela ? Une hypothèse est que ce sont des domaines spécifiques mais pas hyperspécialisés. Chaque service de soins s'occupe de patients présentant des pathologies appartenant à différentes spécialités médicales, le champ de connaissances est donc plutôt étendu. Jusque vers 1995, en Suisse, les infirmières travaillant dans ces services avaient un diplôme dit d'« infirmière en soins généraux en médecine et chirurgie ». Usuellement, on les nommait des « soins généraux ». Quand la formation des diplômés spécialisés (SG, psychiatrie, hygiène maternelle et pédiatrie) a disparu au profit de celle des diplômés d'« infirmière Niveau II » généraliste, de notre point de vue, il y eut alors un amalgame entre soins généraux et généralistes, alors qu'il s'agit de deux cursus bien différents. Avant la réorganisation des hôpitaux (concentration des ressources hospitalière passant par la fermeture d'hôpitaux et diminution du nombre de lits afin de ne traiter que les situations aiguës) et du système de santé à la fin des années 1990 en Suisse, l'essentiel des places de travail se situait dans les institutions hospitalières et dans ce type de service. A l'heure actuelle, la situation a bien changé, les places de travail ont diminué dans les hôpitaux, de nouveaux lieux de pratique ont été créés ou se sont développés (réadaptation, extrahospitalier). Néanmoins, les représentations n'ont pour l'heure que peu changé, les attentes sont demeurées les mêmes, voire ont même augmenté en raison d'un contexte de travail où les effectifs en regard de la charge de travail ont diminués. Il y a donc un décalage dans la prise en compte des changements de profil professionnel dans ces milieux, avec un défaut de reconnaissance de leur propre spécificité par rapport à tous les champs possibles d'activité des infirmières généralistes, d'où des attentes excessives d'opérationnalité immédiate.

Les NP débutant dans des domaines très spécialisés (tels que les soins intensifs ou les urgences) ou là où les compétences relationnelles tiennent plus de place ont beaucoup moins le sentiment de se heurter à des attentes qui les dépassent (Gallant *et al.*, 2005; Parker *et al.*, 2014). Dans les milieux très spécialisés, il va de soi que tout nouveau personnel doit acquérir et développer des connaissances et des compétences indispensables pour assumer le mandat. Cela s'inscrit dans une culture locale, qui implique l'implémentation de conditions qui favorisent l'apprentissage : dotation en personnel suffisante et particulièrement en cliniciennes, mentorat, préceptorat, etc. L'apprentissage est non seulement un droit, mais un devoir, dont la guidance est assurée au niveau institutionnel. Ceci n'est pas le cas dans les services habituels de médecine et chirurgie. Il en résulte le sentiment que la poursuite du développement des connaissances et des compétences est de l'ordre de la conscience professionnelle personnelle, comme nous l'avons vu chez les NP. En ce qui concerne la compétence relationnelle, elle est signalée comme un point fort de la formation. L'entrée en relation étant l'acte premier des soins (Nadot, 2008) et une motivation majeure du choix professionnel, cette compétence est donc exercée partout, faisant l'objet de multiples occasions de transfert (milieux, états de santé, âges différents). Les NP ressentent donc une base sécuritaire à ce niveau, qui peut toutefois être ébranlée par les conditions de la transition.

En ce qui concerne les NP de cette recherche, nous trouvons en partie ces caractéristiques. Elisa, qui a travaillé dans des domaines spécialisés (unité pilote de psychogériatrie et maternité) a reçu des apports de connaissances spécifiques dans ses débuts (philosophie de soins du service et ses implications sur la pratique ; allaitement, surveillances obstétricales). Ces éléments sont très spécifiques, on ne peut donc tabler sur un transfert. Il y a une évidence de ces besoins d'apprentissage qui se manifeste par un accueil posant explicitement ce qui est nécessaire pour travailler dans le service (pilotage) et offrant de la formation continue (guidance). Ce fut également le cas pour Sabina dans son second poste en gynécologie et oncologie où elle rencontra des cliniciennes spécialisées. Quant à Charline, dans son second poste en psychiatrie, elle a pu s'appuyer sur sa compétence relationnelle qui était au cœur de sa pratique, ce qui a généré une transition adoucie d'autant plus qu'elle connaissait l'institution, le service et plusieurs personnes qui composaient l'équipe. Aux soins à domicile, Elisa et Roxanne purent le plus souvent assumer leur travail en autonomie, les connaissances biomédicales générales et leur compétence relationnelle leur donnant suffisamment d'ancrages.

Conditions d'accueil et sécurité des patients

TSRPF vécu si précocement pose fortement la question de la *sécurité* : celle des patients, des NP, du service et de l'institution (J. Kelly & Ahern, 2009; Parker *et al.*, 2014). Une large étude rétrospective réalisée dans neuf pays européens, dont la Suisse (Aiken *et al.*, 2014), a analysé les liens possibles entre la constitution des équipes de soins (nombre et niveaux de formation) et le taux de mortalité à 30 jours de patients de plus de 50 ans opérés en chirurgie générale et présentant des facteurs de comorbidité²¹. La recherche a mis en évidence deux corrélations : 1. une modification du ratio patient/infirmière, soit une augmentation d'un patient/infirmière/horaire augmente la probabilité d'un décès de patient à 30 jours de 7 % ; 2. Chaque augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières Bachelor dans l'équipe diminue de 7 % le risque de mortalité. Dans un hôpital où les équipes de chirurgie sont composées de 60 % d'infirmières Bachelor et où chacune d'elle ne s'occupe pas de plus de 6 patients, ceux-ci ont 30 % de moins de risque de mortalité que si l'équipe est composée de 30 % de Bachelor qui s'occupent chacune de 8 patients ou plus. Needleman *et al.* (2011) relèvent deux facteurs supplémentaires : le risque de mortalité est augmenté quand les horaires de travail sont de plus de 8 heures et quand le tournus des patients est important.

Les guidelines anglais (NICE, 2014) sur la constitution des équipes infirmières dans les hôpitaux aigus pour assurer des soins sécuritaires, centrés sur le patient, ne déterminent pas de ratio patient/infirmière standardisé. Par contre, trois éléments doivent être mis en perspective pour définir les besoins en personnel de chaque unité :

1. Les caractéristiques des patients : gravité des situations et état de dépendance ; besoins spécifiques du patient pour une prise en charge holistique ;

²¹ Diabète, hypertension, etc.

2. Les caractéristiques du service : tournus des patients sur 24 heures, nombre de patients et conception architecturale du service (taille, déplacement pour accéder aux ressources, facilité ou non pour observer les patients) ;
3. Les caractéristiques de l'équipe de soins : activité soignante et responsabilité autre que les soins aux patients (communication, gestion, supervision, mentorat), ainsi que les activités qui doivent être réalisées par plus d'une personne à la fois.

Les cadres devraient pouvoir définir une dotation prenant en compte ces critères et permettant d'avoir suffisamment de flexibilité pour pouvoir s'adapter aux imprévus et aux fluctuations à chacun de ces niveaux.

Débutantes, dans un nouveau contexte présentant souvent une charge de travail intense, les NP ne peuvent pas être considérées en nombre comme 1 infirmière du service : elles ne peuvent assumer entièrement la même charge qu'une diplômée plus expérimentée et elles « coûtent » par l'aide dont elles ont besoin. Rien d'anormal à cela pour autant que ce soit pris en compte dans la dotation générale et dans l'organisation du travail. Charline et Sabina furent celles chez qui une planification en ce sens eut lieu (personnes-ressources nommées, nombre et gravité des patients moindres que pour une diplômée). Pour les autres, elles ne le perçurent que peu, si ce n'est dans le fait de ne pas veiller, ou de ne pas avoir les patients les plus graves. Plusieurs NP travaillaient dans des services où les horaires étaient de 12 heures (Cléa, Agathe, Judith, Roxanne, Elisa à la maternité). Dans ces débuts intenses chargés de fatigue, nous pouvons le voir comme un facteur de risque : devant être concentrées en permanence à 100 %, comment y parvenir si longtemps, plusieurs jours d'affilée, sachant les conséquences possibles d'une erreur ? Toutes signalaient apprécier de s'occuper des mêmes patients plusieurs jours à suivre quand c'était possible : elles les voyaient ainsi évoluer et simultanément, elles se voyaient évoluer, capables d'une compréhension plus globale des situations et d'anticipation. Les facteurs de risques pour la sécurité du patient, les conditions latentes selon la théorie de l'erreur humaine de Reason (1990/2013), sont tous présents dans les débuts, aggravés par la nouveauté du contexte et l'inexpérience des NP. TSRPF survenant dans les premiers jours est porteur de tous ces enjeux et explique la peur des NP face à un risque qui est bien réel.

Sécurité des NP

Cependant, la sécurité du patient n'est pas la seule en jeu : celle des NP l'est aussi. Si elles ne réussissent pas à répondre aux attentes ou commettent une erreur, elles risquent de nuire aux patients et/ou de se montrer incompetentes et d'être jugées négativement. Sans SPT, leur sécurité identitaire est particulièrement menacée tant dans l'image qu'elles présentent à autrui que dans leur besoin d'appartenance. Un élément à prendre en compte toutefois est la répétitivité éventuelle de ce type d'événement et la plus ou moins grande constance du défaut de soutien perçu. Force est de constater qu'elles ont majoritairement rencontré de la bienveillance de la part de leurs collègues directes. Les brimades des anciennes face aux nouvelles fréquemment décrites (J. Kelly & Ahern, 2009; Parker *et al.*, 2014; Pellico *et al.*, 2009) étaient rares, même si certains commentaires « anti-HES »

peuvent être compris ainsi. La chronicisation d'une situation défavorable telle que l'a vécue Judith était un facteur particulièrement pesant, par contre le partage avec les autres NP et la solidarité en équipe ont offert une possibilité de dépasser l'épreuve vécue. Pour Sabina, c'est surtout la chronicisation de ses difficultés d'adaptation au nouveau domaine de soins qui a généré un sentiment d'infériorité, frein à son intégration dans une équipe où les occasions formelles d'échanges étaient peu nombreuses. Quant à Charline, l'obstacle représenté par le défaut de maîtrise de l'allemand professionnel allait forcément prendre du temps avant de se résoudre. En attendant, il était à l'origine d'une surcharge cognitive et émotionnelle intense, liée à la peur d'une compréhension erronée des prises en charge et à la limitation des échanges interpersonnels avec ses collègues sur ce qu'elle vivait. Lhuilier (2007) le dit : « Quand on est privé de l'échange sur le travail, quand on ne peut plus dire ce qu'on fait, ce défaut de contenance symbolique renvoie à une confrontation en solitaire avec le réel, sans moyens pour l'appivoiser, le signifier » (p.91). Ceci génère une importante souffrance au travail, il n'est donc pas surprenant que Charline et Sabina aient changé de poste par la suite. L'expérience de travail vécue en psychogériatrie par Elisa l'a aussi conduite à stopper l'Intérim pour aller vers un poste fixe dans un autre domaine, plus adapté à ses intérêts et à ses projets de développement professionnel.

Les NP auraient souhaité des bilans réguliers afin d'évaluer si leur performance correspondait aux attentes. D'un point de vue psychologique, cela aurait pu être sécurisant en permettant de clarifier ce qui allait bien et ce qui était encore à développer. En fait, derrière la demande évaluative se trouve une demande de guidance des apprentissages dans ce nouveau contexte. Sortant de formation où l'évaluation était omniprésente, parfois valorisante, parfois menaçante et décevante, les NP se retrouvaient dans une sorte de vide par rapport à ce qu'elles connaissaient et avaient de la peine à se situer. Les retours qu'elles recevaient étaient très généraux, les renvoyant davantage au sentiment d'être acceptées qu'à la reconnaissance de leurs compétences. Elles fonctionnaient donc surtout sur le mode « pas de nouvelle, bonne nouvelle ». Dans une recherche réalisée en 2011 auprès d'infirmières Bachelor au CHUV de Lausanne et à l'HFR-FR, des infirmières ayant participé à l'insertion des NP ont exprimé leur difficulté parfois à réaliser ces pointages, surtout dans les trois premiers mois (Berberat *et al.*, 2013). Cette période est considérée comme temps d'essai qui va déterminer si la NP démontre des compétences suffisantes pour que son contrat soit finalisé. Quand l'insertion s'avère difficile, les infirmières encadrantes se sentent tiraillées : leur évaluation à visée formative avec la NP peut se transformer en une évaluation sommative de la part de la hiérarchie qui questionne immédiatement la pertinence de poursuivre le temps d'essai. Elles s'abstiennent donc parfois de nommer explicitement les difficultés avant que les trois premiers mois ne se soient écoulés. La clarté du mandat des personnes qui encadrent, ainsi que le respect des conditions de sa réalisation sont donc indispensables pour favoriser l'évolution des NP dans l'acquisition de compétences qui leur permettrait de garantir une meilleure sécurité des patients. Ceci assure également la sécurité de l'infirmière mandatée pour le soutien.

Sécurité du service et de l'institution

Du côté de l'équipe et de l'institution, TSRPF n'est pas non plus sans conséquence. Si un incident grave survient si tôt, les conditions d'accueil sont forcément interrogées et l'équipe, en particulier l'ICUS, est susceptible d'être remise en question. Y a-t-il vraiment eu aussi peu de soutien, surtout chez celles qui étaient en médecine et chirurgie dans le grand hôpital public ? Dans cette recherche, nous nous sommes centrée sur le point de vue des NP, c'est là une de ses limites. Il est fort probable que l'équipe se défendrait d'avoir offert si peu. Par contre, il est évident que chaque équipe organisait à sa manière l'accueil. Nous avons pu remarquer à plusieurs reprises que des NP signalaient que des collègues leur avaient fait remarquer des aspects concernant leurs patients. Il y avait donc quand même une observation, mais de quel ordre : s'agissait-il d'un regard en passant près du patient ou s'agissait-il d'une démarche volontaire ? Sur 24 heures, un patient est forcément vu par plusieurs infirmières : est-ce que, durant ces changements de personnel, une vérification avait lieu ? Etc. Ce sont des éléments qui mériteraient d'être analysés finement avec les personnes des services.

Les transmissions orales entre collègues étaient des lieux où un partage sur le travail avait lieu. Cléa parlait même d'intervision. Plusieurs NP (Charline, Agathe, Cléa, Roxanne, Judith) ont signalé le stress que représentait pour elles la prise de parole face au groupe. Dans les rapports, elles y présentaient leur travail, leur interprétation de la situation, etc. : il s'agissait bien pour elles d'un endroit où un jugement avait lieu, ressenti ainsi en raison d'une SPT en construction et d'un besoin de reconnaissance par autrui. Elles pouvaient y trouver critique mais aussi réassurance. Sabina, chez qui ces temps formels en équipe n'existaient pas, les transmissions se faisant par écrit, en ressentait un grand manque : elle n'avait pas l'occasion d'apprendre des autres. Ce moment de transmission semble donc jouer un rôle très important tant pour l'équipe que pour les NP. Pour la CP qu'est l'équipe, c'est un lieu clé où le sens de l'activité peut être négocié. Les NP accèdent aussi aux modes de faire, de dire, de collaborer des plus anciennes : au « répertoire partagé » selon Wenger (1998/2009), au « genre professionnel » selon Clot (1998).

A l'heure actuelle, avec l'informatisation des dossiers de patients, les transmissions ciblées écrites, les institutions diminuent de plus en plus les transmissions orales, comme c'était le cas chez Sabina. L'argument prioritaire est lié à l'importance de documenter le plus possible le travail réalisé pour assurer l'efficacité, la continuité et la sécurité des soins, ainsi que l'organisation. Simultanément cela permet de mettre en évidence le travail infirmier et de le valoriser, y compris sur le plan financier. L'enjeu de la protection juridique est d'importance également. Nous ne remettons pas du tout ces aspects en question. Un autre argument de la diminution des transmissions orales est lié à la rationalisation du travail : ce temps de rapport est fréquemment perçu comme excessif par les managers. L'injonction est de lire le dossier du patient à son chevet lors de la prise de service et de discuter le projet de soins avec lui, dans une logique de partenariat (Berger-Brunner, 2013). Nous ne critiquons pas cela non plus. Par contre, nous pouvons nous interroger sur la perception par la gestion de ce qui se passe lors des rapports, tout ce qui est de l'ordre de la coordination, de la négociation de sens, de partage de la charge

émotionnelle. Si la CP se construit sur une histoire partagée des apprentissages (Wenger, 1998/2009), où se trouvent dès lors des espaces formels en équipe pour partager et construire ensemble les prises en charge, avec tout le développement de connaissances et de compétences que cela représente ?

Une dernière question concernant la sécurité et dépendant de la gestion institutionnelle nous paraît essentielle à aborder : *la composition qualitative des équipes*. Nous avons vu comment la jeunesse expérientielle extrême d'une unité se répercute individuellement sur le travail de chaque membre, mais aussi sur le collectif en accroissant la charge générale par une relative désorganisation permanente et par l'absence de points de référence pour orienter l'activité. Nous pourrions dire qu'il y a un défaut de répertoire commun, entre autres par insuffisance de mélange intergénérationnel au sein de l'équipe. S'il est parfois difficile pour des NP de collaborer avec d'anciennes infirmières routinières et résistantes à leurs propositions de changements, il l'est tout autant de ne pas avoir d'appui sur leur expérience. Finalement, les NP préfèrent devoir négocier, quitte à être en désaccord, plutôt que « rester dans le vide ». La sursollicitation des anciennes que décrit Judith va dans ce sens. Dans la gestion des équipes, il apparaît donc très important de mixer les expériences. Facile à dire mais bien moins à faire car les professionnelles en place n'apprécient pas forcément d'être transférées d'un service à l'autre. Les ICUS de Judith et d'Agathe géraient deux équipes contiguës. Dans les deux cas, l'une était expérimentée et l'autre peu : n'y aurait-il pas eu moyen d'équilibrer les deux unités au niveau expérientiel ? Nous pouvons aussi nous demander pourquoi une équipe subit un grand tournus de personnel et l'autre pas. La surcharge chronique et l'insatisfaction au travail qu'elle génère sont des critères prédictifs du désir de changer de poste, voire de profession (Mooney, 2007a; Scott *et al.*, 2008). Avoir suffisamment d'expérience dans l'équipe, avec les possibilités de construction commune, favoriserait une stabilisation des effectifs, renforcerait la possibilité de constituer un répertoire partagé, ce qui améliore la qualité des soins.

11.1.4 TSRPF, conditions d'accueil et répercussions sur la dynamique identitaire des NP

Boyчук Duchscher (2009) décrit un choc de la transition qui dure de un à quatre mois. Il est induit par le passage d'un rôle connu d'étudiante à la découverte du nouveau rôle relativement méconnu de diplômée. Les changements sont d'ordre physique, intellectuel, émotionnel, développemental et socioculturel. L'évolution dans la prise de poste n'est pas un processus linéaire, cependant l'étape initiale de la transition est vécue avec une intensité variable, et repose sur un certain nombre de problèmes prévisibles qui existent indépendamment de la motivation et des variations d'état émotionnel, intellectuel et de bien-être physique. C'est une période d'évolution massive où les NP prennent la mesure du décalage entre ce qu'elles avaient vécu précédemment, anticipé, espéré. La fatigue y est intense et toute l'énergie est utilisée pour la transition. Nous avons pu observer tous ces éléments chez les NP.

A travers la découverte, dans ce nouveau statut, des savoirs, des spécificités du rôle, des relations professionnelles et des responsabilités, les NP passent par une gradation de sentiments qui vont marquer ce choc de la transition : *sentiment d'être perdue, doute, confusion puis désorientation* :

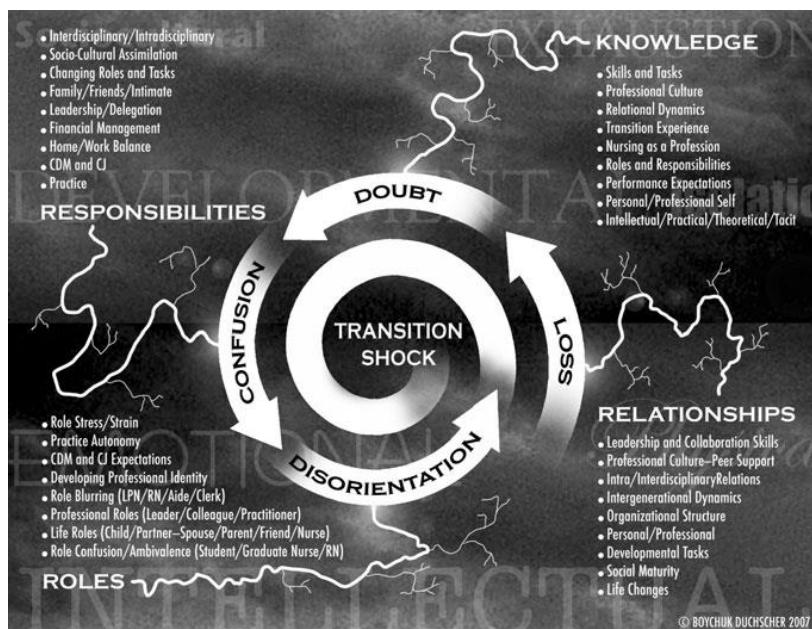


Figure 9 Boychuck Duschscher (2009, p.1106)

Leurs peurs amènent les NP à camoufler leurs sentiments à leurs collègues, ce qui génère un sentiment d'isolement et les amènent à douter d'elles-mêmes. Pourtant, dans ce contexte mouvant, la relation avec les collègues s'avère un facteur prédictif du vécu du choc de la transition, dans la mesure où elles sont une ressource essentielle. Boychuk Duschscher (2009) relève qu'une difficulté pour assumer pleinement la responsabilité du rôle est liée à la manière dont les NP approchent les infirmières expérimentées, les responsables et toute autre personne-ressource. Les ICUS sont des personnes intimidantes pour les NP. Elles se tournent plus volontiers vers leurs collègues directes, voire vers celles qui sont moins formées quand la SPT est faible pour diminuer la menace ressentie (Edmondson, 2004; Tucker & Edmondson, 2003). L'expérience et les répercussions de cette phase de transition se manifestent autant au niveau physique qu'émotionnel, intellectuel et sociodéveloppemental.

Les quatre sentiments (sentiment d'être perdue, doute, confusion, désorientation) se sont présentés chez les NP mais de façon modérée pour 6 des 7 NP : se sentir perdue et douter étaient bien présents. Par contre, la confusion et surtout la désorientation étaient peu présentes si ce n'est chez Sabina. Il n'y a pas eu véritablement de choc mais plutôt des moments choquants. Dans l'ensemble, la transition s'est faite dans un stress qui ne les a pas submergées même s'il était bien présent : elles ont globalement eu un sentiment de gérer leur travail, de se sentir utiles (entre autres à travers la reconnaissance des patients) et d'avoir été appréciées par leurs collègues. Ces aspects positifs ont renforcé leur sentiment d'auto-efficacité et ont permis d'inscrire les moments de doutes dans un tout comportant des éléments valorisants ou porteurs d'espoir d'amélioration. Ceci a été

entériné chez 6/7 NP soit par un bilan favorable à très favorable au terme du temps d'essai (Judith, Agathe, Cléa), soit par une reconnaissance explicite de leurs compétences pour Elisa, Roxanne et Charline. Ces bilans, symboliquement, sont importants : l'identité nouvellement acquise est validée officiellement par autrui, personne d'autorité pour elles. Pour Sabina, la situation était plus difficile et la décision a été prise à trois mois de poursuivre mais avec encore un bon soutien.

Nous le voyons, travailler seule en responsabilité peut influencer de façon majeure la prise de poste. Le mot « stress » est très souvent utilisé pour décrire le vécu de cette étape. Il est alors important de se rappeler que ce ne sont pas les épreuves du travail qui sont stressantes mais l'impossibilité de les surmonter (Clot, 2006a). Le choc de la transition est inhérent au changement de posture, par contre en fonction des conditions de l'insertion, du soutien obtenu, il peut être limité, maintenant l'enthousiasme et la motivation, augmentant la confiance en soi. Nous avons également pu relever que les conditions de ces débuts présentaient bon nombre de conditions latentes à la survenue d'une erreur. Nous nous y référons donc en mettant en lumière les enjeux des erreurs commises par les NP et leur impact sur leur dynamique identitaire.

11.2 Erreurs et insertion professionnelle

Dans leurs débuts, les NP disaient commettre de nombreuses erreurs : mauvaise organisation du travail, rapports mal structurés, oublis, etc. Elles ne se sentaient pas menacées par ces difficultés, mais plutôt frustrées par leur peu de maîtrise en regard de leurs attentes. Ces erreurs étaient fréquemment interceptées et corrigées par elles-mêmes ou par leurs collègues. C'est à travers les réactions de leurs pairs à ces incidents qu'elles ont commencé à construire leur SPT.

Les erreurs que les NP ont rapportées lors des entretiens cliniques ont été des événements particulièrement choquants et menaçants pour elles. Leur survenue ainsi que leurs conséquences réelles ou imaginées ont remis en question leurs compétences, leur manière de fonctionner, ainsi que leur place au sein du collectif (équipe, voire corps professionnel). Il s'agissait donc de moments forts de conscience de soi, personnellement et professionnellement, mais aussi de maturation professionnelle. Leur prise de poste a été souvent marquée par la peur de nuire jusqu'à tuer un patient, induite par la limite perçue de la maîtrise de leur travail. Celle-ci était renforcée par la croyance en une forme de toute puissance où un seul de leurs actes pouvait tout faire basculer. Ceci est certes possible, mais dans des institutions de soins où le fonctionnement systémique est complexe et intense (Reason, 1990/2013), la cause d'une erreur est rarement unique, le fait d'un seul individu. Cette toute-puissance était donc bien plus le reflet des doutes qui accompagnaient toutes les étapes de leur travail. Les erreurs qu'elles ont relatées n'ont tué personne, même si elles n'étaient pas anodines, et même graves pour l'une d'elle. La peur fantasmée des débuts s'est donc transformée, conduisant les NP à prendre la mesure des risques de façon plus réaliste, à la fois reliée à elles-mêmes mais aussi à l'équipe et aux conditions d'exercice dans le service.

11.2.1 Types d'erreur et les conditions de leur survenue

Les erreurs médicamenteuses furent les plus fréquentes. Selon les études internationales, cette proportion oscille entre 10 et 30 % des événements indésirables survenant dans les hôpitaux (Fishman, Gehring, Zimmermann & Bezzola, 2015). Si en Suisse, aucune étude formelle n'a été effectuée, des sondages réalisés par Sécurité des patients Suisse laissent supposer que la problématique est comparable, les risques les plus conséquents se situant dans les moments de transition entre deux secteurs de soins. Les erreurs dans l'exécution de soins techniques (Cléa et Roxanne) peuvent être la cause d'infections nosocomiales, à l'origine estimée de 2000 décès par an en Suisse (Nosoco, 2013) ou alors d'infections du personnel liées à un accident professionnel.

En ce qui concerne les NP, trois grandes caractéristiques entouraient les moments où elles se sont trompées :

- Type d'horaire : soirée ou nuit où les effectifs sont réduits, fin d'un horaire de 12 heures (Judith, Roxanne, Cléa, Sabina)
- Manière de travailler : soins réalisés dans le cadre d'une tournée où le travail se fait à la chaîne sur un nombre important de patients (Judith, Sabina) ; tournée et délivrance de « traitements standards » au service (Judith, Sabina) ;
- Utilisation des supports officiels de transmission : problème dans la prescription et la transmission des ordres médicaux (Elisa, Roxanne).

Ces caractéristiques peuvent s'assimiler à des facteurs de risque, des « conditions latentes » (Reason, 1990/2013), qui concernaient pour certaines l'organisation spécifique du service (manière de travailler), et pour d'autres la gestion institutionnelle (documents officiels de transmission). Elles présentaient un potentiel de dangerosité pour tout le personnel des institutions. Les types d'horaire représentaient un obstacle plus aigu pour les NP, surtout au début de leur prise de poste, la fatigue et la présence moindre des collègues y contribuaient pour beaucoup.

La majorité des erreurs était basée sur les automatismes, c'est-à-dire survenant dans le cadre d'une activité connue qui demande moins de concentration, si ce n'est lors de certaines étapes-clés. La dernière erreur de Cléa était basée sur des règles et des connaissances déclaratives partiellement comprises et maîtrisées qui l'ont conduite à une erreur de planification du soin.

Erreurs basées sur les automatismes

Le *relâchement* lié à une certaine routinisation a été à l'origine des erreurs de Judith et de Sabina. Les erreurs basées sur les automatismes concernent généralement des travailleurs expérimentés qui pensent à autre chose que ce qu'ils sont en train de faire. Après deux mois dans un service pour Judith et quatre pour Sabina dans un contexte difficile, il ne s'agissait pas de ce même fonctionnement. Le processus contrôlé permanent de l'activité présent chez les débutantes était épuisant, d'autant plus avec la surcharge chronique de travail chez Judith. Fatiguée, en fin d'horaire de 12 heures, dans le cadre d'une tournée

où les patients n'étaient pas spécifiquement attribués à elle ou à sa collègue, un certain relâchement s'est installé. Il ne s'agissait pas de travailler à la légère, mais Judith a diminué le niveau de contrôle dans son activité, d'autant plus qu'il s'agissait de traitements antalgiques donnés presque systématiquement. Au décours de l'activité, il n'y avait pas d'éléments de surprise ou différents qui auraient aidé à fixer l'attention. Chez Sabina, le relâchement (décompression) après avoir enfin passé un cap (ré-autorisation à travailler le soir en effectif réduit) l'a conduite à distribuer le somnifère donné habituellement, au lieu de celui prescrit au patient. Les deux erreurs ont été remarquées par des collègues. Avec leur faible expérience, leur jugement clinique encore peu aiguisé, il est vraisemblable que le repérage d'accrocs au sein d'un fonctionnement par automatismes soit plus lent, voire inexistant chez des NP, donc davantage à risque que pour une infirmière expérimentée. Nous pouvons extrapoler que ces deux situations sont emblématiques des conditions présentant un haut risque d'erreurs dans les débuts. Leurs effets sur les NP pouvaient être particulièrement lourds : alors qu'elles se sentent enfin un peu en confiance et baissent légèrement leur garde, les conséquences sont immédiates!

Tucker et Edmondson (2003), analysant la manière dont les infirmières signalent les erreurs afin d'éviter leur reconduction, relèvent que, malgré les discours et incitations à ce sujet, cette démarche reste difficile. Une des raisons suggérées est l'accent mis par le management sur la vigilance et la responsabilité individuelle des soignants. L'indépendance et l'autonomie sont des valeurs très largement valorisées. Quand une infirmière commet une erreur, elle se sent seule responsable et tend à se taire. Pour les NP, TSRPF et les conditions de l'accueil peuvent renforcer encore plus ce sentiment, dans un moment où elles ont une SPT limitée et doivent être confirmées dans leur nouvelle identité. Il est donc important d'anticiper ces situations à risque pour limiter leur probabilité de survenue, mais aussi pour que, s'il y a erreur, son traitement génère plutôt une SPT qui permet aux NP de les avouer en vue de les corriger.

L'erreur de médication de Roxanne n'est pas liée à un défaut de vigilance mais à une modification (informatisation) des outils de transmissions dans l'institution. Les périodes de transition sont connues pour être des phases à risque, les repères sont modifiés et la routine doit être réinterrogée. L'institution a choisi de maintenir un double système (papier et informatique) en parallèle le temps de l'implémentation dans l'unité pilote de Roxanne, ce qui représentait un risque. D'autre part, le matériel informatique (ordinateur de bureau) mis à disposition s'avérait moins rapide et fonctionnel que l'ancien système papier. Le tout constituait des conditions latentes à la survenue d'une erreur. Il n'y avait pas de phénomènes de résistance face à l'informatique chez Roxanne, par contre seule, la nuit, avec deux services à charge, la version la plus rapide et la plus mobile semble la plus pertinente à utiliser au lit du patient. Roxanne s'est rendu compte elle-même de son erreur, ce qui a réactivé toutes ses peurs de perdre son diplôme. Malgré la SPT qu'elle ressentait, renforcée par le soutien que son ICUS lui avait apporté quand un médecin avait prescrit un traitement par oral à une aide-soignante. Pourtant, ce sont ses représentations qui ont primé et l'ont envahie lorsqu'elle a remarqué son erreur. L'absence de conséquence de

l'erreur, la réaction de ses collègues a renforcé la SPT, sans lever ses angoisses personnelles. Les tensions se plaçaient surtout entre soi et soi, plutôt qu'entre soi et autrui.

Erreur basée sur les automatismes dans un contexte d'apprentissage

Se piquer est un risque inhérent à la profession, mais Roxanne pensait cela inconcevable en raison de son perfectionnisme et de son respect des règles de réalisation. Le choc fut donc très violent. Sa confiance dans son efficacité personnelle concernant la pose de perfusion lui ouvre la possibilité d'essayer d'améliorer sa technique en rajoutant une étape observée chez certaines collègues. L'introduction de cette nouveauté casse sa concentration au moment-clé du processus standard où elle doit jeter l'aiguille, ce qu'elle omet de faire : elle réussit le geste pour ce qui concerne le patient mais se pique à la fin à cause d'une défaillance de surveillance. Manifester ce comportement d'apprentissage a donc représenté une prise de risque, essentiellement pour elle. Simultanément, l'erreur l'a faite se sentir identique à d'autres collègues, la rendant ainsi plus indulgente à l'égard de leur faillibilité qu'elle ne comprenait pas jusqu'alors. Il est donc possible que sa propre attitude dans le collectif par la suite a été porteuse de SPT, à l'image de la compréhension qu'elle a trouvée chez ses collègues.

La première erreur de Sabina était un raté, une erreur d'exécution : elle n'est pas allée au bout d'un soin en oubliant de retranscrire une information nécessaire à la personne qui prenait la relève après elle. Dans un contexte nouveau (la première soirée), en effectif réduit et avec une charge de travail importante, elle a priorisé les soins à partir de l'intensité des demandes des patients plutôt qu'à partir d'une analyse globale des situations dont elle était responsable, problème typique de débutante. De son point de vue, elle avait réussi à tout gérer, et enfin, elle était une infirmière comme les autres en assurant cet horaire. L'annonce de son erreur a été pour elle sidérante. Ses connaissances limitées ne lui permettaient pas de mesurer l'ampleur des répercussions de son omission sur sa collègue et la patiente, d'où une minimisation de sa part et le sentiment d'une réaction excessive de l'ICUS lui demandant de stopper les soirées et de revenir en horaire de jour.

Erreurs basées sur les règles et les connaissances déclaratives

Après une analyse clinique judicieuse de la situation d'une patiente, Cléa a reçu l'ordre médical erroné par téléphone de retirer le drain thoracique de cette dernière. C'est le soir, elle est seule avec une ASSC dans le service. Elle ne s'est jamais trouvée confrontée à cela auparavant : pour planifier ce qu'elle doit faire, elle s'appuie sur ses connaissances et ses expériences antérieures dans le retrait de drain. Comme elle est confiante à ce sujet, elle ne prend pas la peine de vérifier les fiches techniques (routinisation) et ne consulte pas l'infirmière du service voisin. Si l'exécution du geste a été correcte techniquement, Cléa n'a pas pris en compte les spécificités de ce drainage et les complications possibles suite à son retrait. Les règles et les connaissances déclaratives sur lesquelles elle s'est appuyée étaient trop génériques pour une planification adéquate. C'est là peut-être un risque pour une NP qui, alors qu'elle est souvent confrontée à des manques ou des imprécisions, a soudain l'impression d'être face à quelque chose qu'elle maîtrise parce qu'elle l'a déjà fait plusieurs fois. Il peut y avoir un plaisir et/ou un relâchement face à du

connu et une limitation de la réflexivité. Le défaut de compréhension globale des enjeux du geste fait qu'elle ne questionne pas la pertinence que ce soit elle qui le fasse et, sans la réaction de ses collègues, elle ne s'en serait pas du tout rendu compte : au contraire elle avait le sentiment d'avoir progressé. Alors qu'elle s'était sentie compétente, elle avait fait une faute grave, sans même la protection d'un ordre médical écrit. Son propre regard sur ses compétences est altéré, et simultanément elle craint la réaction de ses collègues et une modification de leur regard positif sur elle. Sa SPT est remise en question.

Face à leurs erreurs, les NP ont ressenti de la peur ou de l'angoisse (de nuire, de perdre leur place, d'être mal jugée, d'une transformation d'un regard positif sur soi), de la culpabilité (d'avoir nuï, de ne pas avoir agi avec toute la rigueur nécessaire, que ce soit au niveau technique ou cognitif) et de la honte (d'avoir été prise en défaut, de *s'être montrée irresponsable*). Plus les erreurs intervenaient tôt, plus la menace qu'elle représentait semblait importante. C'était un élément de différenciation au sein du groupe à un moment où, au contraire, elles cherchaient plutôt à lui correspondre.

De ces différentes situations, nous pouvons constater que le soir, la nuit, où la fatigue et/ou les effectifs sont réduits représentent des circonstances à risque, à la fois parce que la vigilance peut être diminuée ou alors par défaut de ressources ou de guidance face à des situations nouvelles. Les obstacles sont proches de ceux de TSRPF. En ce sens, il semble pertinent de ne pas placer trop rapidement les NP dans ces horaires, ce qui n'était pris en compte que pour Sabina et Elisa dans ses missions en Intérim pour les soirées. Comme les infirmières travaillent seules la nuit, les nouvelles personnes dans l'équipe n'en font pas avant la fin du temps d'essai à trois mois, ce qui constitue un délai plutôt court surtout pour des NP. Sachant que les collègues étaient les ressources prioritaires des débuts, il est important qu'un étayage suffisant par l'acquisition des connaissances, des procédures spécifiques, l'amélioration de leur jugement clinique soit en place avant de diminuer le soutien des pairs de manière sécuritaire.

11.2.2 Réaction des collègues et SPT

La réaction des collègues est ce que les NP craignaient le plus une fois rassurées sur la santé du patient. S'il était évident qu'en fonction de l'analyse de l'erreur, elles allaient devoir se donner les moyens de ne pas la reproduire et de transformer des comportements à risque, les enjeux prioritaires à court terme concernaient le risque interpersonnel dans l'équipe, donc la SPT.

A part l'erreur médicamenteuse de Roxanne, les autres erreurs avaient été repérées par des tiers : les NP n'ont pas eu à se demander s'il fallait les cacher ou non. L'erreur de Judith étant la première commise dans son équipe, elle était méfiante, d'autant plus qu'elle n'était là que depuis deux mois. Non seulement, elle ne fut pas jugée négativement, mais elle obtint même encouragement et réassurance de ses pairs sur ce qu'elle avait démontré jusque-là malgré un contexte particulièrement difficile. Alors que cet événement aurait pu être l'élément excessif qui l'amène à choisir de partir, il marque son intégration dans l'équipe. Ceci est encore renforcé par l'ICUS lors du bilan du temps d'essai où Judith présente son analyse des conditions de travail qui ont contribué à son

erreur. Non seulement, elle n'est pas jugée comme un élément négatif et critique de l'équipe, mais son avis est pris en compte : il n'y aura plus de travail à la chaîne dans les tournées du soir, mais une attribution de patients entre les infirmières présentes, ce qui assure une meilleure connaissance de chaque patient et évite la dilution de la responsabilité. Finalement, c'est l'erreur qui assied véritablement sa SPT.

Roxanne et Cléa ont également rencontré de la compréhension et de la bienveillance de la part de leurs pairs. Ni l'une ni l'autre n'a cherché à amoindrir son erreur. Elles considéraient les leurs comme particulièrement graves, elles avaient besoin d'en assumer la responsabilité face au collectif : tant qu'à avoir été incompetentes, au moins se montrer professionnelles dans l'après-coup. Il n'y a pas de désengagement, elles tiennent à demeurer des membres de l'équipe. Il s'agit à la fois de traits liés à leur personnalité et à leur idéal professionnel, mais ce sont aussi des indicateurs de leur SPT : elles ont peur, mais elles espèrent la mansuétude de leurs collègues. Edmondson (1999) relève que la qualité des liens entre les membres de l'équipe peut réduire la tendance à se conformer et à annuler les informations inattendues et inhabituelles. De plus, les NP gardent peut-être ainsi un certain contrôle sur la manière dont on parlera de l'erreur. D'autre part, cet aveu dans l'espace collectif place l'erreur en objet de négociation de sens pour la CP : si les collègues acceptent de s'en saisir, il peut s'agir de l'émergence d'un apprentissage en commun.

Si d'autres professionnelles étaient partie prenante de ces situations, c'est le point de vue des collègues directes qui primait, ce qui est en adéquation avec la théorie d'Edmondson (1996, 1999) : la SPT se construit dans le partage au quotidien des mêmes conditions de travail. L'erreur de Roxanne concernait une patiente du service voisin, mais c'est la réaction de ses pairs qui l'inquiétait. Leurs rires, s'ils n'atténuèrent pas sa perception de la gravité de l'erreur, levèrent la peur d'être jugée négativement et rejetée. Le soutien de la médecin-assistante a joué un rôle prépondérant pour traverser le moment critique où elle ne savait pas encore s'il y aurait des conséquences pour la patiente : cette attitude positive accroît la SPT dans ce contexte. L'attitude empathique et non jugeante de ses collègues lorsqu'elle s'est piquée y a aussi beaucoup contribué. Les collègues de Cléa ne minimisèrent pas la gravité de sa faute, par contre, elles la mirent en perspective avec tout ce qu'elle avait démontré jusqu'alors : il y avait une différenciation entre cet acte et elle, en tant qu'infirmière et que personne. Au niveau de la SPT, c'est cette prise de conscience qui est prioritaire. D'autre part, l'équipe a restitué sa part de responsabilité au médecin qui avait donné l'ordre, en reconnaissant la possible difficulté pour une NP de se positionner face à lui.

Pour finir, Roxanne et Cléa rencontraient toutes les deux des difficultés avec une ASSC de leur service respectif, présente au moment de l'erreur. Celles-ci, non seulement n'ont pas été un soutien, mais elles ont même essayé de les discréditer auprès de leurs collègues. Ce comportement n'a pas eu de conséquences sur la SPT, car les infirmières n'en ont pas tenu compte et ont même remis l'ASSC à sa place chez Cléa. Nous le voyons, il peut y avoir SPT même si certaines personnes de l'équipe renvoient une image défavorable : leur point de vue n'était pas prépondérant, leurs critiques créaient un problème

interpersonnel entre elles et les NP, mais n'altéraient pas la SPT, d'autant plus que les autres collègues ont pris leur parti. Au final, la SPT de l'ASSC a été plus menacée que celle de la NP.

Les réactions des collègues dans ces trois situations possèdent des caractéristiques communes :

- L'erreur est pleinement reconnue et n'est pas minimisée, ce qui donne d'autant plus de valeur à une réaction qui ne rejette pas, ne discrédite pas les NP ;
- L'erreur n'annule pas ce qui a été démontré par la NP jusque-là ;
- Les collègues prennent en compte les éléments environnementaux influençant l'erreur et/ou redistribuent les responsabilités entre les personnes impliquées (médecin, patient) ;
- L'échange sur l'erreur en équipe en fait un objet de travail commun, pouvant s'inscrire dans le « répertoire partagé » (Wenger, 1998/2009).

Dans la situation de Sabina, le traitement ne ressemble en rien à cela. Lorsque la première erreur lui est annoncée dans le bureau de l'ICUS, l'échange semble être centré sur la faute, sa culpabilité : sa cheffe ne prend pas en compte les éléments du contexte (en ne questionnant pas les collègues présentes) et ne lui fournit pas d'éléments qui lui permettraient d'apprendre de l'erreur. Il n'est pas exclu que dans l'état de sidération qui était le sien, elle n'ait pas été capable de l'entendre. La relation est fortement hiérarchisée à ce moment-là. La proposition d'aide impliquant un retour à la situation antérieure prend alors l'apparence d'une sanction plutôt que d'un soutien. Pour Sabina, le problème devient interpersonnel plutôt que professionnel et elle commence à se méfier de l'ICUS et la remet de plus en plus en question dans ses compétences. La SPT n'était pas du tout présente.

Dans le fonctionnement du service et le traitement de l'erreur, nous pouvons repérer certains éléments qui peuvent expliquer une faible SPT : peu d'espaces formels d'échanges sur les pratiques, concurrence perçue entre les NP, l'erreur se traite dans le bureau de l'ICUS sans partage avec les membres de l'équipe (récolte de données ou apprentissage) ce qui sous-entend que l'erreur est un problème avec cette infirmière-là. L'équipe semble plus s'organiser autour d'individualités qui s'entraident que comme une communauté de pratique. De bonnes relations interpersonnelles peuvent créer une atmosphère de travail agréable, mais pas forcément des conditions où les pratiques se négocient. Le sentiment d'efficacité personnelle de Sabina est de plus en plus remis en question : les expériences positives auxquelles elle peut se référer remontent à ses stages, la comparaison avec les autres NP du service est en sa défaveur, les encouragements de l'ICUS ne sont pas perçus comme tels, et elle va travailler tous les jours la peur au ventre. La peur diminue de façon drastique la volonté de s'engager dans l'apprentissage en situation de travail malgré le besoin de le faire (Edmondson, 1999). Si l'apprentissage n'est pas motivé par la SPT, celle-ci permet son expression et sa réalisation. La survenue de l'erreur suivante semble donc moins surprenante même si elle était évitable et la décision de partir était nécessaire pour se reconstruire.

11.2.3 Erreurs, SPT et rôle des ICUS

La cheffe, l'ICUS, joue un rôle prépondérant dans la gestion des erreurs et la SPT. L'équipe est très consciente de sa manière de réagir aux comportements d'apprentissage, aux erreurs, etc., ce qui va créer un certain climat. Plus elle est perçue comme un membre de l'équipe (travaille avec, est en tenue, a son bureau dans le service), moins elle paraît menaçante. Elle a également une meilleure conscience des problèmes rencontrés dans l'équipe (Edmondson, 1996). Squires, Tourangeau, Spence Laschinger et Doran (2010) ont mis en évidence que les soins aux patients sont améliorés en fonction du type de leadership : plus celui-ci est clair et empreint de justice dans les interactions, meilleure est la qualité des soins. Pour Wong, Cummings et Ducharme (2013), un leadership positif est corrélé à une augmentation de la satisfaction des patients et à une diminution de la mortalité, des erreurs médicamenteuses, de la contention et des infections nosocomiales.

Sachant que les NP trouvent fréquemment leur ICUS intimidante dans leurs débuts, si un des premiers moments formels d'interactions concerne une erreur, il risque de générer beaucoup de crainte. La manière de gérer les erreurs des ICUS de Judith et Roxanne ouvre la porte à la possibilité de signaler l'erreur. Il en va de même pour Cléa. Pour toutes, le point de vue de l'équipe est primordial : celui de l'ICUS compte par son statut, mais celui de l'équipe prime parce que ce sont elles qui ont la meilleure représentation de ce qu'elles démontrent au quotidien. Si l'ICUS est très intégrée au travail d'équipe, elle est à la fois collègue et cheffe, ce qui lui donne d'autant plus de poids et de crédibilité aux yeux des NP. Dans la situation de Sabina, nous pouvons nous demander l'impact de son erreur et de son traitement sur les autres membres de l'équipe, y compris les autres NP : quelle parole s'est échangée dans les espaces informels ? Jusqu'à quel point le tournus important dans cette équipe était lié à ce mode de fonctionnement ?

Les erreurs ont donc influencé la dynamique des NP concernées en redéfinissant leur projet identitaire et leur intégration dans le collectif. Sabina le plus fortement : après sept mois de travail, non seulement elle n'avait pas été confirmée dans son identité mais elle avait besoin de se reconstruire. Judith au contraire a été reconnue après une longue période de questionnement sur la poursuite de son projet : elle a pu ainsi décider de rester et se positionner surtout dans une dynamique de continuité identitaire avec projet de préservation de soi. Cléa se sentait bien dans l'équipe, bonne infirmière, la dynamique de continuité identitaire avec projet d'entretien de soi dans laquelle elle se trouvait a été requestionnée : la nécessité de continuer d'apprendre, d'être réflexive, rigoureuse dans ses activités était évidente. Elle a poursuivi dans la même dynamique, mais avec le sentiment de devoir encore prouver certaines choses : le projet de préservation de soi prenait un peu plus d'importance. Quant à Roxanne, sa dynamique n'a pas été modifiée, par contre la conscience du risque que son travail pouvait représenter pour sa santé était une découverte majeure et inquiétante.

11.3 Conflits et construction identitaire

Les conflits représentent l'autre type d'événements ayant conduit les NP à s'interroger fortement sur le collectif dans lequel elles s'inséraient et sur la place qu'elles y

occupaient. La prise de conscience effective du rapport hiérarchique au sein de l'équipe de soins et son expression dans la pratique au quotidien fut essentielle à la compréhension de leur rôle dans ses dimensions collaboratives. Nous pourrions dire que, au même titre que TSRPF, ils ont dessiné au crayon gras les limites de leur rôle qui étaient alors plutôt en pointillé, surtout théoriques, et ont élargi ces limites aux relations interprofessionnelles au sein de l'équipe soignante, en permettant ainsi une meilleure délimitation du rôle de chacune. Malgré des connaissances sur le sujet à travers les cours et leurs expériences de stages, leur compréhension semblait être partielle et flottante. Dans les débuts, centrées sur elles-mêmes et leur travail, les NP déléguaient peu : pour soulager leur insécurité, elles avaient besoin de tout garder sous leur contrôle. Il leur fallait être infirmière, portant l'ensemble des responsabilités de leur rôle, pour réaliser pleinement un enjeu majeur de la collaboration dans l'équipe, principalement de la délégation : elles ne pouvaient pas seules assurer l'intégralité de leur travail, d'autres en assumaient une partie, même si elles en portaient la responsabilité finale. Ceci explique probablement pourquoi les conflits dans le cadre de l'équipe de soins rapportés concernaient principalement des AS ou des ASSC.

Dans la deuxième partie de l'année, plus rassurées sur leurs compétences et sur leur appartenance à l'équipe, sur la valeur qui leur était accordée individuellement pourrions-nous dire, elles ont pu prendre du recul par rapport au fonctionnement en collectif, différenciant mieux les membres du groupe par les expériences effectives de collaboration. Alors que la notion de pouvoir était plus ou moins niée, elle a à être reconnue, même si c'est à contrecœur. Nous avons relevé que le pouvoir était fréquemment considéré comme quelque chose de négatif, de non souhaitable, voire d'évitable si les gens voulaient bien s'en donner la peine. Il est donc intéressant de prendre un peu de temps pour comprendre le concept de pouvoir et y apporter un regard plus large et une interprétation différente de la leur sur ce qui se joue dans les interactions.

11.3.1 Pouvoir et travail

Dans une sociologie de l'action organisée, Crozier et Friedberg (1992) ont analysé l'articulation entre la liberté des acteurs et les contraintes de l'activité collective dans les organisations. Pour eux, les modes d'action collective ne sont pas des données naturelles émergeant des interactions humaines. Ils sont un construit permettant de dépasser les problèmes rencontrés au décours de l'activité collective. Ces solutions ne sont pas standards mais déterminées par le contexte, variables, contenant une part non négligeable d'arbitraire. Elles sont cependant indispensables « en tant que modes d'articulation et d'intégration des comportements divergents et contradictoires » (*Ibid.*, p.16) permettant l'atteinte d'un but commun.

Les problèmes auxquels vise à répondre l'organisation sont tout d'abord ceux de la coopération. En effet, les relations contractuelles ne s'établissent pas naturellement, car :

Ce sont des processus difficiles dans lesquels les acteurs ne s'engagent que moyennant protections, car ils sont doublement menaçants pour eux. D'une part, ils impliquent toujours la reconnaissance de relations de pouvoir et de dépendance, et

des contraintes qui en découlent ; d'autre part, leur dynamique propre peut être telle que toutes les parties concernées en souffrent. (*Ibid.*, p.22)

Nous avons vu à quel point dans leurs débuts les NP étaient conscientes de leur dépendance à leurs collègues infirmières, leur crainte du regard des autres sur leurs besoins d'apprentissage, leur doute sur la légitimité de ces mêmes besoins (qui se manifestaient par de la gêne, voire de la honte à demander, de la culpabilité à accroître la charge de travail des autres, de l'inhibition dans les demandes d'évaluation, etc.). Ces sentiments étaient d'autant plus aigus qu'elles se trouvaient avec un statut de parité, mais qu'elles ne pouvaient pas encore réellement l'assumer comme tel. L'asymétrie entre les partenaires était bien reconnue et les craintes des NP démontraient la conscience d'un pouvoir des autres sur elles, particulièrement avant le bilan formel des trois mois du temps d'essai. On peut donc concevoir que le discours égalitaire participe d'une forme de déni d'une réalité pénible à vivre, d'autant plus qu'elles se sentent plutôt en infériorité.

Crozier et Friedberg (1992) définissent le pouvoir comme « la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes. [...] Le pouvoir est donc une relation, et non pas un attribut des acteurs » (p.65). Le statut et le cahier des charges établissent une hiérarchie entre les partenaires, mais celle-ci est formelle et est loin de correspondre à ce qui se passe dans les faits : « Ce sont les acteurs à part entière qui, à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose « le système », disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres » (*Ibid.*, p.30). La relation de pouvoir est réciproque mais déséquilibrée. Pour négocier, chacun se réfère à des ressources et des enjeux différents. Chacun tente de tirer avantage de sa position, mais personne n'est totalement démuné. Le pouvoir est ainsi étroitement lié à la possibilité d'action, qui s'inscrit dans la temporalité. Il peut être acceptable de perdre à court terme, si à long terme les bénéfices attendus sont obtenus.

Comme les deux auteurs le soulignent, pour analyser une relation de pouvoir, il est nécessaire de se poser deux séries de questions. D'abord, quelles sont les ressources à disposition de chaque acteur, donc quelle liberté d'action a-t-il par rapport à une activité et un contexte donnés ? Ensuite, quels sont les critères qui définissent la pertinence de ces ressources ? Ces critères sont à analyser en regard des enjeux de la relation et/ou des contraintes institutionnelles. Les sources du pouvoir se trouvent dans la maîtrise d'une compétence particulière, dans la multiappartenance à des environnements qui permet de jouer le rôle de relais, dans la maîtrise de la communication et des informations, ainsi que dans l'existence des règles institutionnelles en général.

11.3.2 Pouvoir, nouvelles professionnelles et communauté de pratique

Dans leurs débuts, les NP ne se sentaient qu'une possibilité d'action limitée dans l'activité collective. Certes elles assumaient en grande partie leur travail, mais elles étaient aussi tributaires des ressources que leurs collègues pouvaient mettre à leur disposition, autant pour réaliser les tâches elles-mêmes que pour comprendre le contexte et son fonctionnement. Elles possédaient toutefois des ressources qui pouvaient être utiles à leurs pairs, mais leur mise en évidence était limitée, ceci d'autant plus que ces

propositions pouvaient être considérées comme des remises en question des pratiques. Ce comportement est à mettre en perspective avec leur besoin identitaire des débuts : nouvelles, en quête d'une reconnaissance de leur identité de professionnelle, elles cherchaient à s'intégrer dans une logique de *similarisation* (Kastersztein, 1990; Lipianski, 1990), « s'attribuant » ainsi la valeur du groupe. Il en allait de même dans leur manière de voir le groupe comme un tout plutôt uniforme, se manifestant à travers un « nous » unitaire largement utilisé dans les débuts. Pourtant l'asymétrie statutaire entre les membres de l'équipe était repérable explicitement au quotidien (badges, plannings de travail où l'équipe est répartie par fonction, activités réalisées différentes), mais elles le traitaient comme une abstraction.

La relative dépendance initiale des NP était acceptable dans la mesure où elle n'était que transitoire puisque les apprentissages réalisés allaient permettre de modifier ce rapport de force. En ce sens, nous pouvons comprendre pourquoi il était si marquant pour les NP de pouvoir aider leurs collègues, les décharger d'une activité, leur faire profiter d'expériences antérieures. Il y avait une forme de rééquilibrage des forces en présence. Par la suite, avec la démonstration et la reconnaissance de compétences particulières, il leur était même possible de se trouver en situation de force. Mais cela impliquait de se différencier, ce qui s'est davantage fait dans la deuxième partie de l'année. Par contre, Sabina n'est pas parvenue à modifier la tendance dans son premier poste et elle s'est retrouvée dans une impasse, une posture d'infériorité insupportable sur la durée. Elle n'a pas trouvé d'autre solution pour s'en dégager que de rompre la relation.

La méconnaissance du fonctionnement institutionnel était un obstacle important. Au fur et à mesure de l'année, les NP prirent de plus en plus conscience de contraintes institutionnelles, essentiellement au niveau de leur service, puis élargirent leur compréhension à la structure plus globale. Ce fut un apprentissage progressif, mais accéléré par certains événements, dont les conflits. Nous pourrions dire qu'au fil du temps, plus il y avait de confiance en soi, de sentiment d'auto-efficacité, de SPT et de sentiment d'appartenance à la CP, plus elles prenaient conscience de leurs ressources et du pouvoir qu'elles représentaient. L'assumer était une autre question !

Pouvoir, SPT et CP sont étroitement liés : si la relation de pouvoir s'analyse en regard des ressources à offrir aux autres et de leur pertinence en fonction des contraintes du contexte, il est essentiel de les développer par rapport aux spécificités du contexte. Pour y parvenir, l'aide prioritaire est celle des collègues, surtout les infirmières, mais aussi celle des collègues AS et ASSC expérimentées. La manifestation des comportements d'apprentissage est indispensable, d'autant plus dans une profession où le fonctionnement collaboratif est omniprésent. Mais, nous l'avons vu, c'est aussi une prise de risque de montrer ses failles et ses vulnérabilités. En situation de dépendance relative, cela peut être perçu comme donner à l'autre du pouvoir sur soi. La qualité des réponses obtenue permet l'acquisition d'une SPT, qui autorise la poursuite des efforts et l'acquisition des connaissances et compétences qui permettront l'équilibration des forces. Nous avons vu que plusieurs NP ont compris dans la deuxième partie de l'année que leurs collègues également posaient beaucoup de questions. Nous pourrions l'interpréter comme une levée

de la menace ressentie dans ce rapport de dépendance inquiétant qui leur permet de se décentrer d'elles-mêmes et de prendre conscience du fonctionnement des autres. La SPT est partagée, la parole circule.

Si avec les infirmières, la relation devient plus paritaire, avec les ASSC et les AS, au contraire, elle devient plus inégalitaire, le rapport de force s'inversant. Les NP, même si elles sont plus jeunes et inexpérimentées, détiennent plus de pouvoir que leurs collègues qui travaillent sous leur délégation, par leur statut mais aussi par leurs connaissances et compétences. Quand, comme Elisa en psychogériatrie, la NP est placée très précocement dans ce rapport de force, le sentiment de responsabilité peut être écrasant : les ressources sont limitées, la légitimité de la position d'autorité peut être discutée (par la NP en premier lieu, mais également par les collègues), le tout renforcé par un sentiment de solitude lié à la difficulté à s'intégrer au groupe. Le pouvoir est bien plus une contrainte qu'une liberté. Ce phénomène est surtout spécifique aux homes et nécessite un accompagnement à l'insertion particulier en ce sens. A l'hôpital où les équipes sont constituées majoritairement d'infirmières, c'est surtout après la phase initiale de la transition que les NP se sont retrouvées dans cette position, alors qu'elles avaient acquis une base de sécurité sur l'infirmière qu'elles étaient : elles étaient donc légitimées. Malgré tout, elles avaient un malaise à le vivre. Le conflit avec des AS ou des ASSC a donc joué le rôle de révélateur, obligeant à reconnaître l'altérité et à en tenir compte.

Les comportements d'apprentissage et les questions qu'ils soulèvent sont de l'ordre aussi de la négociation de pratiques, autant dans la manière d'agir en collectif qu'en fonction des buts. Oser interroger une procédure peut être une menace pour le collectif. Les mouvements défensifs de type « on a toujours fait comme ça » en sont l'exemple. Les NP avec leur nouveau statut de HES, et la coloration projetée de « théoricienne » au lieu de « praticienne », pouvaient d'autant plus représenter une menace. La SPT présente dans l'équipe joue donc aussi un rôle essentiel pour permettre une remise en discussion des pratiques, et, ainsi intégrer ses nouveaux membres et faire évoluer son répertoire de pratiques, mais aussi son « genre professionnel ». A la fois, ces échanges permettent d'atteindre une certaine unité de fonctionnement, tout en mettant aussi en évidence les spécificités de chacune. Dans un contexte de SPT, avec des échanges ouverts et non menaçants, une CP peut se constituer et évoluer. Simultanément, le fait de négocier les pratiques est important aussi pour la SPT : ce qui lie ces partenaires entre eux, c'est leur mission et pas des relations interpersonnelles agréables. Dans un contexte favorable, le pouvoir existe puisqu'il est inhérent à l'activité collective, mais ses dimensions mortifères sont en bonne partie neutralisées.

Les moments de conflit, qu'ils soient ouverts ou latents, sont des moments de rupture dans ce processus. La sortie du conflit passe par la négociation. En ce sens, les attitudes de repli sont potentiellement les plus nuisibles à long terme car elles ne permettent pas de régulation, comme c'était le cas chez Cléa avec l'ASSC. Par contre, comme nous l'avons vu chez Agathe, différer le traitement peut être profitable, en désamorçant la charge émotionnelle. Cléa et Roxanne n'appréciaient que peu, personnellement et professionnellement, les ASSC avec qui elles ont été en conflit. Pour Charline, il en allait

autrement : parler de l'erreur de l'ASSC pouvait altérer une relation qui avait de la valeur à ses yeux. Le risque interpersonnel touchait autant la dimension privée que professionnelle, générant des tensions importantes. Elle a décidé de traiter le sujet de manière indirecte (nommer le problème mais pas la personne) afin de garantir la qualité des soins tout en préservant les liens avec son collègue. Néanmoins, il n'est pas toujours possible de le faire.

Peu de NP ont essayé de résoudre le conflit de front. Ceci peut avoir trait à leur caractère ou à leur éducation. Ce sont des femmes et des infirmières : culturellement, l'expression de la colère ou du pouvoir n'est pas un attribut qui leur est associé. Elles ne sont pourtant pas restées passives. Ce sont leurs valeurs (bienfaisance, bienveillance) qui les ont poussées à se positionner : pour assurer des soins de qualité au patient, pour soutenir une collègue face à une injustice, etc. Etre la porte-parole d'un patient, défendre une collègue, renforce peut-être la légitimité de la réaction. Les précautions, les stratégies mises en place pour contrôler la manière de dire les choses est représentative des risques qu'elles perçoivent, pour elles-mêmes (perçues comme mauvaises, négatives, etc.), mais aussi pour les autres (les blesser, leur nuire). Des erreurs étaient plusieurs fois à l'origine du conflit : se posait alors la question de leur attitude favorisant ou pas la SPT d'autrui. Ces situations de conflit se présentent donc comme des moments forts de différenciation : en quoi et pourquoi sont-elles différentes ? Comment cette différence modifie leur place dans le groupe, non pas pour s'en extraire mais bien plutôt pour mieux définir la place et le rôle qu'elles souhaitent y occuper.

11.3.3 Reconnaissance et pouvoir

Le désir de pouvoir est à comprendre comme une lutte pour la reconnaissance. Dans une conception psychosociologique, Enriquez (2008) relève à quel point ce désir est présent et source d'anxiété car cette lutte peut être perdue. Si le pouvoir est possibilité d'agir et liberté, il est également domination et contrainte. Pour lutter contre cette anxiété, trois types de réponses sont possibles :

- la manifestation du désir de fraternité qui supprime la lutte ;
- le travestissement de la lutte, soit en la justifiant (l'inégalité est dans la nature des choses), soit en la niant (les partenaires sont égaux) ;
- la limitation rationnelle du pouvoir (par l'allocation des tâches, par la localisation de l'autorité). (*Ibid.*, p.77)

Dans la négation des différences entre les statuts chez les NP, nous trouvons beaucoup du désir de fraternité et de négation des inégalités. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il ne s'agit pas exclusivement de mécanismes de défense, mais aussi de formes de relation souhaitées. Les conflits avec les AS ou ASSC font toutefois voler en éclat ce désir ou ce mécanisme de défense. La transformation du regard sur l'autre est au départ autocentré : en effet, c'est la prise de conscience des enjeux pour soi des conséquences des actions de l'autre qui oblige à dessiller le regard. Malgré toutes leurs craintes et leurs doutes, les NP se montraient prêtes à prendre leurs responsabilités, par contre elles n'avaient pas perçu toute leur étendue.

Nous pouvons nous interroger jusqu'à quel point la négation des inégalités n'a pas été un obstacle à l'accession à cette compréhension, peut-être même déjà au moment de la formation. Comme étudiantes, elles vivaient avec plus ou moins de force une position d'infériorité qui avait plus à voir avec le défaut de connaissances des personnes et du contexte qu'à des attitudes dominatrices. Mais de fait, elles allaient être évaluées, une pression externe s'exerçait sur elles. Les étudiantes ont souvent tendance à surestimer le pouvoir évaluatif, s'imaginant qu'elles peuvent « être saquées » si elles font quelque chose qui déplaît. Sans nier que cela puisse arriver parfois, l'évaluation des stages étant critériée, la note doit pouvoir se justifier avec des éléments concrets, qui se répètent, etc. Il n'empêche que cette crainte est bien le reflet d'une position d'infériorité face à un pouvoir qui peut sanctionner. En fonction de leur histoire personnelle, de leur confiance en elle, de leur sentiment d'auto-efficacité, le niveau de cette menace était variable. Chez Cléa et Sabina, il était fort, tandis que chez Elisa, Roxanne, Agathe, Judith et Charline, il était plutôt faible. En devenant diplômées, statutairement, elles inversent ce rapport : le percevoir dans la réalité est difficile. Cela peut être le fruit d'ajustement par anticipation, reliés à des formes de domination ou de contrôle social parfaitement intériorisé (Crozier & Friedberg, 1992). Jusqu'alors elles étaient filles, étudiantes, etc., en position de dépendance socialement. Avec le premier poste, elles quittent définitivement ce statut lié à l'enfance et la jeunesse. Peut-être que cette prise de conscience fait partie de leur maturation, d'un passage à une nouvelle étape de développement comme adulte. D'autre part, elles peuvent avoir peur de reproduire ce qu'elles ont vécu ou craint, ce qui pourrait conduire à ce défaut de prise en compte de la subordination de certaines de leurs collègues.

Les conflits dans le cadre de l'équipe jouent donc un rôle essentiel dans la construction identitaire par la réflexion sur soi dans les différentes dimensions de son histoire, sur son rôle professionnel, sur ses liens et son appartenance au groupe.

11.3.4 Conflits médecin-NP et rapport au pouvoir

Les conflits avec les médecins ont été les plus nombreux et pourtant ils étaient ceux qui étaient le moins parlés entre les personnes concernées et les moins résolus. Pour les NP, les médecins leur étaient supérieurs de fait, indépendamment de leur expérience, de leur position dans la hiérarchie médicale et de l'organigramme de l'institution qui ne les positionnaient dans un rapport hiérarchique avec eux. C'était simplement une évidence. Les rapports de place font l'objet d'une triple détermination selon Picard et Marc (2012) : sociale (modèles issus des cultures et des institutions), interactionnelle, et subjective (rapport psychologique : dominant/dominé, séducteur/séduit).

Dans les représentations sociales, l'infirmière est l'assistante du médecin, une exécutante gentille et obéissante. Les connaissances et les compétences nécessaires à la pratique professionnelle, ainsi que toute la dimension autonome du rôle, sont peu reconnues et valorisées (y compris au niveau de la loi et du financement), ce qui a d'ailleurs été un objet de frustration pour Judith, Cléa et Agathe à la fin de leur première année. La formation avait remis en question cette représentation, mais c'est surtout après un an,

alors qu'elles étaient pleinement conscientes de tout ce qu'il leur avait fallu mettre en place pour être compétentes, qu'elles ressentait de la colère face à cette image réductrice et erronée qui les dévaluait.

Le contexte influençait aussi la perception du rapport de force. Dans les hôpitaux de soins aigus où les patients se présentent dans des états critiques (traumatisme, décompensation, etc.), les traitements médicaux sont prioritaires, les médecins y occupent une place prépondérante. Aux soins à domicile, à la maternité ou aux soins à domicile, le traitement est moins central : les situations de santé sont stabilisées ou en voie de l'être, ce sont les soins qui priment, l'aide à la vie est prioritaire. Il n'est donc pas étonnant que les conflits aient été plus fréquents en médecine, chirurgie et en psychiatrie aiguë, là où les interactions sont constantes et où la pratique implique des chevauchements entre les rôles.

Toutes les NP étaient très convaincues de l'importance de leur travail. En ce sens, dans leur rapport aux médecins, c'était surtout la détermination psychologique dominant/dominé qui était opérante, plutôt que supérieur/inférieur en termes de valeurs. Se penser compétentes, utiles et nécessaires ne suffisait pas pour qu'elles osent se positionner clairement comme des partenaires de choix face aux médecins. Le pouvoir qu'aurait pu leur donner la gestion des multiples informations qui permettent au système de fonctionner (Nadot *et al.*, 2002) n'était pas du tout perçu. Comment l'expliquer ? L'estime de soi et la prise de parole sont différentes selon les statuts (Nembhard & Edmondson, 2006) : celui qui a le statut le plus haut parle plus et s'attend à être écouté, c'est le contraire pour celui qui a le statut le plus bas. Nous le voyons, par exemple, dans le souci des NP au début de réussir à s'adapter au fonctionnement de chaque médecin. D'autre part, nouvelles diplômées, conscientes de tout ce qu'elles doivent encore développer, elles avaient une autonomie partielle, donc une possibilité d'action limitée par rapport à leur propre activité. A rôles différents, connaissances et compétences différentes : elles ne possédaient pas toujours les savoirs spécifiques nécessaires (pharmacologiques, physiopathologiques, etc.) pour comprendre les décisions médicales et l'avouer signifiait montrer ce qu'elles considéraient comme des manques. Leur sentiment d'auto-efficacité quant à leur capacité d'agir dans une situation de dissension avec les médecins était plutôt faible. De ce fait, il leur était difficile de nommer explicitement le conflit pour le mettre en discussion.

Nous l'avons vu, les NP n'étaient pourtant pas prêtes à adhérer aveuglément aux options thérapeutiques déterminées par les médecins : les spécificités de leur rôle, en particulier leur présence proche, dans la durée, auprès des patients les amenaient à une lecture parfois différentes de leur état et de leurs besoins. De plus, c'étaient elles qui mettaient en application les traitements : le jugement des NP pouvait porter autant sur la pertinence du choix, que sur ce que représentait sa réalisation pour le patient (douleur dans les soins, prolongement de l'hospitalisation, etc.) et pour elles (faire mal, être inefficace, agir contre ses valeurs, etc.) et l'effet obtenu en regard de ce qui était espéré. Ceci concernait donc autant le but et le sens de l'activité que la manière d'y parvenir : une négociation de sens s'avérait nécessaire. Ne pas poser explicitement les diverses sources de tensions à l'origine des conflits était un frein à sa résolution. En effet, la prise de parole se présentait

comme une défense du patient. Si la légitimité de cette action n'est pas à mettre en doute (c'était la motivation première), s'y limiter est probablement un obstacle car il n'y a pas de mise en perspective de tous les aspects qu'implique la décision médicale : pour le patient oui, mais pas pour la soignante, l'équipe, la collaboration interdisciplinaire. En référence à Nadot (2013), nous pourrions dire que, face aux médecins, les NP interagissaient presque exclusivement dans la logique du SC2 (celle du corps médical). Ainsi, elles ne présentaient pas les tensions et les contradictions issues des exigences de chacun des systèmes culturels, qui avaient pourtant à être prises en considération pour que des décisions efficaces et réalistes soient prises en regard de la complexité des situations. Peut-être faut-il y voir une explication à ces situations récurrentes et usantes qui ont été rapportées par Roxanne, Charline, Agathe et Cléa.

Les médecins n'étaient pas considérés comme faisant partie de la CP par les NP, néanmoins par l'influence de leurs décisions sur l'équipe et son fonctionnement ainsi que par les interactions fréquentes, ils influençaient la SPT. Les médecins-assistants, les plus jeunes et inexpérimentés, étaient les plus proches. Les tentatives de négociation avaient surtout lieu avec eux. En ce qui concerne les chefs, les NP osaient peu les solliciter. A ce niveau, elles comptaient surtout sur les ICUS pour les représenter. Le sentiment d'appartenance des NP à leur CP et leur SPT pouvaient jouer un rôle protecteur : elles pouvaient plus librement échanger sur les difficultés rencontrées, présenter leur position et obtenir la caution de leurs collègues. Représenter le point de vue de plusieurs personnes pouvait leur donner une assurance. Ceci est plus souvent intervenu dans la deuxième moitié de l'année.

La qualité de soins est étroitement liée à la qualité des relations entre les différentes strates de la hiérarchie. Au même titre que l'ICUS colore le climat de la SPT au sein de l'équipe, l'attitude des médecins-chefs pouvait influencer la SPT : s'ils se montraient ouverts, disponibles à entendre un autre point de vue que le leur, s'ils entraient en négociation de sens pourrions-nous dire, la parole était beaucoup plus libre et permettait d'atténuer le poids des statuts en reconnaissant des compétences individuelles au-delà du rôle (Nembhard & Edmondson, 2006). Ce fut très perceptible pour Charline en psychiatrie, beaucoup moins en chirurgie et en médecine.

Finalement, la répétition des conflits, le sentiment de ne pas être prises en compte ni respectées étaient pesants pour les NP. Le rapport de place était insatisfaisant : « le déséquilibre intervient lorsqu'un rapport de places ne permet plus à chacun de conserver à ses propres yeux (et de défendre devant les autres) une image valorisante de lui-même » (Picard, 2008, p.82). Il y avait un effet miroir entre le respect que les NP ressentaient de la part des médecins et celui qu'elles avaient pour eux. Ce n'est pas parce qu'elles les considéraient comme supérieurs qu'elles les respectaient, il s'agissait de deux choses distinctes.

Nous pouvons nous interroger sur l'effet que peut avoir le passage de la formation d'infirmière au niveau tertiaire universitaire. Ce positionnement, statutairement, réduit le décalage social entre les deux professions. Pourtant, il faudra bien plus qu'un titre pour

modifier ce rapport de place. Dans le cas des NP, un des enjeux est lié à la présence de modèles infirmiers. Charline était confrontée à deux modèles : d'un côté ses ICUS, expérimentées, capables d'argumentation et se positionnant clairement en partenaires dans la discussion avec les médecins-chefs, et d'autant plus avec les assistants où le rapport était même inversé. Elles représentaient l'équipe et jouaient pleinement leur rôle de relais entre les deux CP. D'un autre côté, des collègues qui acceptaient d'assister, voire de servir, des médecins là où elles n'avaient pas à le faire. L'exemple est presque caricatural, mais nous pouvons faire l'hypothèse que plus les étudiantes et les NP auront des infirmières qui cassent ce rapport archaïque et s'engagent dans une collaboration négociée, plus il y a de probabilité de voir un changement apparaître. Ces modèles vicariants peuvent augmenter leur sentiment d'auto-efficacité et ainsi favoriser le passage à l'action.

Les conflits avec les médecins ont aidé à comprendre les différences de rôles entre médecins et infirmières, clarifiant par là même leur propre rôle. Ils ont permis une prise de conscience de la manière dont chaque NP réagissait à ce rapport de place. Il ne s'agissait pourtant là que de prémisses : la sécurisation après un an sur leurs compétences et leur place dans l'équipe ouvre la possibilité de commencer à remettre en question ce rapport de force en le négociant dans les faits et pas seulement dans les pensées et les mots.

11.4 Événements, SPT et insertion dans une CP : liens et effets sur la dynamique identitaire

Trois objectifs principaux guidaient l'insertion des NP : 1. faire le travail, agir ; 2. s'intégrer dans l'équipe ; 3. être reconnue comme une infirmière compétente. Ces trois buts étaient interdépendants, formant une boucle.

Agir, soigner était leur but premier. Pour ce faire, des connaissances et compétences étaient nécessaires. Elles en possédaient certaines, d'autres manquaient. La recherche de ces données manquantes ou l'apport en fonction des conditions d'accueil représente les premiers pas au sein de la CP. Les réactions de leurs collègues face à ces comportements d'apprentissage vont donner un premier ton à la dynamique au sein de l'équipe, laissant entrevoir les risques interpersonnels encourus par les limites qu'elles rencontrent. Elles y repèrent des signes et des indicateurs qu'elles sont acceptées (ou pas) dans le collectif. La reconnaissance (ou pas) de la légitimité de leurs besoins va entrer en écho avec l'histoire des NP (histoire personnelle, celle de la formation) et mettre en lumière le niveau d'attente par rapport à leur projet de soi pour soi, mais aussi par rapport au projet de soi pour autrui. En ce sens, simplement questionner, demander de l'aide peut faire événement. TSRPF représente donc un enjeu majeur.

Ce processus semble sous-tendre le début de l'insertion où la dynamique identitaire prioritaire est celle de la gestation identitaire avec projet de confirmation de soi. Ces boucles constantes pendant les trois-quatre premiers mois permettent d'asseoir une base de connaissances, de compétences, d'expériences et de développer un jugement clinique

qui les rend aptes à travailler de manière plus organisée et sécuritaire dans un contexte spécifique. Au fil du temps, elles ont pu observer la manière de travailler dans cette équipe, la questionner (sans se montrer critique mais surtout pour comprendre), ce qui leur donne un premier accès au répertoire partagé et au genre professionnel. Elles entrent ainsi dans la culture locale. La manière de réagir à leurs demandes d'aide, par sa régularité, a permis (ou pas) de créer un sentiment de SPT. Le bilan des trois mois de fin du temps d'essai explicite cette étape en regard de leurs trois buts : ce qu'elles ont démontré était au moins suffisant par rapport au cahier des charges, répondait aux attentes de cette équipe-là (reconnaissance d'existence et de valeur, mais aussi jugement de beauté et d'utilité selon Dejours (1993) et ainsi accordait officiellement sa place à la NP au sein de cette CP. La SPT ressentie a médié ce processus. Cette évaluation révèle une correspondance avec les attentes dans la logique du projet de soi pour autrui. Ce peut aussi être l'occasion pour la NP de rediscuter son projet de soi pour soi : est-elle au bon endroit ? Souhaite-t-elle s'inscrire dans ce type de dynamique, de fonctionnement institutionnel ?

Par la suite, l'élargissement des activités va réinterroger de manière constante cette boucle. La nouveauté et/ou les enjeux que cela représente remettent en doute la reconnaissance, la capacité d'agir et l'intégration, tel que ce fut le cas lors des encadrements de stagiaires, mais aussi pour le travail de nuit. Le travail collaboratif s'intensifiant, les conflits et leur traitement en font partie. Dans les débuts de la deuxième partie de l'année, les NP se positionnaient surtout dans une dynamique de continuité identitaire. Leur projet visant à la préservation de soi est à relier à la compréhension de plus en plus complexe du rôle, des interactions dans l'équipe, dans l'institution, et leur besoin d'aide à ce niveau de compréhension. Chacun des événements, nous l'avons vu, a rediscuté la SPT, entre autres parce qu'ils mettaient en lumière des éléments de différenciation au sein du collectif. La place ainsi que le rôle dans l'équipe peuvent en être modifiés, les risques interpersonnels être perçus différemment ou être réactivés. Plus la SPT est forte, plus les échanges et la négociation de sens sont possibles, favorisant ainsi les apprentissages en commun.

Les événements, dans la rediscussion des repères qu'ils induisent remettent systématiquement en perspective activité, intégration et reconnaissance dans des moments où la NP se surprend elle-même ou doute. Le regard et le soutien d'autrui à l'origine de la SPT ainsi que l'appui sur un répertoire partagé et la possibilité de négocier les pratiques aident la NP à donner du sens à ce qu'elle fait, à ce qui lui arrive, lui offrant ainsi un support identitaire.

12. Dynamiques identitaires des NP : tendance, dissemblance et ressemblance des parcours singuliers

Les différents événements étudiés ont été particulièrement saillants pour la construction identitaire des sept NP durant cette première année de travail. Ils furent, en effet, à l'origine de « délibérations sur soi » (Barbier, 2006), moments de bilan conscient sur la trajectoire identitaire qui était alors la leur. La charge émotionnelle qui les accompagnait était intense en regard des enjeux perçus pour leur activité, leur intégration dans l'équipe ainsi que la reconnaissance espérée. La conscience de soi dans ce contexte, seule et en interaction avec les autres significatifs, fut vive, les conduisant à se mobiliser afin de comprendre et analyser ce qui se passait (chez elles, dans l'activité et dans l'environnement) et ainsi de tenter de résoudre les tensions de manière à obtenir ou préserver une bonne image de la nouvelle infirmière qu'elles étaient en regard de leur idéal professionnel et des attentes extérieures.

Néanmoins, ces événements ne furent pas les seuls éléments qui ont influencé la dynamique identitaire des NP. Toute formation est à considérer dans sa dimension diachronique (Bourgeois, 2009a) : la transformation qu'elle produit s'inscrit dans une temporalité, mais elle entre aussi en interaction avec d'autres transformations, biographiques et identitaires, qui ont lieu chez le sujet. L'insertion professionnelle se présente comme une phase de terminaison d'un processus amorcé longtemps auparavant (cinq à six ans), durant lequel les NP sont passées de la fin de l'adolescence à l'âge adulte, d'une dépendance plus ou moins forte à leur famille (affective, financière, instrumentale, etc.) à une autonomie possible. Cette phase de transition conduit donc à « une réorganisation des rapports que les sujets entretiennent avec eux-mêmes, avec autrui, avec leurs milieux de socialisation » (Baubion-Broye et Le Blanc, 2001, p.4, cités par Baubion-Broye & Mègemont, 2001). Des sept NP, deux ont continué à vivre dans le même lieu, avec les mêmes personnes (Charline et Agathe). Les cinq autres ont déménagé durant l'année, deux NP se sont installées en couple, une en colocation et une seule. Cette maturation et ces changements demandaient eux-mêmes des adaptations, conduisaient à des changements identitaires en regard des modifications des liens, etc. Dans le cadre de cette recherche, ces éléments n'ont pas été approfondis au-delà de ce que les NP rapportaient spontanément, il n'empêche qu'ils ont également influencé leur entrée dans la vie professionnelle, par l'énergie qu'ils demandaient, par la transformation nécessaire des repères de fonctionnement habituels.

Partant de ces considérations, nous allons tenter de mettre en évidence des tendances dans l'évolution des dynamiques identitaires relatives à la prise de poste. Il ne s'agit en aucun cas de définir un « parcours type », la complexité de la construction identitaire ne pouvant se réduire si aisément. Nous pouvons malgré tout voir poindre des éléments de convergence dans les différentes trajectoires qu'il est intéressant de relever. Si la vie personnelle, avec ses propres projets, fait partie entre autres de ce qui différencie et nuance les parcours, un premier constat est à souligner : *durant cette première année, le pôle d'investissement prioritaire des NP fut le travail. L'énergie dépensée par les sept NP*

pour assurer leur rôle d'infirmière et s'intégrer dans l'équipe a été conséquente. Quelle qu'ait été la reconnaissance obtenue, très positive pour 6 NP/7 ou mitigée pour une, le constat est identique. Une des conséquences en a été que la vie privée et le lien avec les amis ont été mis en retrait, ce qui n'allait pas sans générer de tensions. Après un an, la nécessité d'un rééquilibrage est apparue avec force, ainsi que le besoin de réinvestir des groupes d'appartenance extraprofessionnels.

Trois grandes phases, relatives aux tendances de la dynamique identitaire, étaient repérables durant l'année : la première concernait *l'adaptation et l'intégration*, la deuxième *le développement et le renforcement*, et la troisième *le confort et un fonctionnement plus économique*. C'est ce que nous allons mettre en évidence maintenant.

12.1 De stagiaire à diplômée : des changements importants, pourtant dans la continuité et nécessitant une confirmation de soi

Aucune NP n'a vécu de sentiment de rupture entre la formation et l'entrée dans le monde du travail. Quels qu'aient été les heurts et obstacles rencontrés par la suite, elles ont tiré en permanence des liens entre leurs expériences de stage, les cours et ce qu'elles étaient en train de vivre. Elles se référaient autant aux connaissances (savoirs, savoir-faire et savoir-être), qu'aux stratégies d'apprentissage et aux relations-ressources. Ce jeu de mesure entre ce qui a été, ce qui est et ce qui est attendu (de leur part, des autres) fut constant, leur permettant une prise de conscience de leurs forces, fragilités et besoins de développement. Tout cela s'est réalisé en lien avec les autres significatifs, en les observant, en les questionnant, mais peu à travers leur évaluation explicite, puisque celle-ci était peu présente formellement. Ce mouvement les amenait à s'interroger en parallèle sur le développement de leur identité : qui avaient-elles été ? Qui étaient-elles aujourd'hui ? Qui devenaient-elles ? Quel était leur degré de satisfaction face à cette évolution qu'elles percevaient, pour elles-mêmes et pour les autres ? Autrement dit, entre identités héritée, acquise et désirée, quel était le niveau de concordance ou de dissonance (« tensions intrapsychiques ») ? De même qu'en était-il entre leur projet de soi pour soi et celui perçu de soi pour autrui (« tensions interpersonnelles ») (Kaddouri, 2006) ?

12.1.1 Formation en alternance, construction identitaire et insertion professionnelle

Les effets d'une formation en alternance intégrative semblent là bien présents, qu'elles valorisaient entre autres par leur capacité d'adaptation considérée par elles et leurs collègues comme une de leurs grandes forces. La question de l'identité est omniprésente dans les dispositifs de formation en alternance puisque les apprenants ont à se positionner entre des univers hétérogènes (école et travail), dans des statuts différents, entre des types de savoirs et de comportements qui peuvent se révéler plus ou moins favorables pour leur travail futur. Kaddouri (2008) relève cinq conditions susceptibles de faciliter ou bloquer la construction de l'identité professionnelle dans le cadre de l'alternance. Deux de ces

conditions concernent les professionnels impliqués dans la formation des étudiants qui ont, d'une part, à prendre en compte la double fonction de l'alternance (c'est-à-dire l'acquisition de connaissances et compétences, ainsi que des codes, comportements et attitudes spécifiques au métier, autrement dit des composantes identitaires), et d'autre part, à prendre conscience de la remise en question de leur propre identité (personnelle et professionnelle) que suscite l'accompagnement de la transformation identitaire des stagiaires. Les trois autres conditions concernent surtout les étudiants. Il s'agit de :

- la qualité de l'intégration des stagiaires au sein de l'institution de stage ;
- la multiplicité et la diversité des expériences professionnelles ;
- la présence d'un projet professionnel déterminé de l'apprenant qui, s'il peut s'identifier au projet proposé par le dispositif d'alternance, favorise la motivation à apprendre et l'inscription dans un ordre social et culturel, donc la construction identitaire ;

Les expériences d'intégration dans les terrains des NP ont été différentes durant leur formation. Pour cinq d'entre elles, ce furent des expériences positives, constructives, renforçant leur confiance en elles et leur sentiment d'auto-efficacité. Pour Cléa, certaines d'entre elles furent difficiles : l'évaluation d'autrui fut parfois perçue comme arbitraire (même quand elle lui était favorable) et elle souffrit fréquemment de ne pas se sentir appartenir à l'équipe. Pour Sabina, certains stages avaient été plus ardues même si elle les avait réussis. Elle en avait tiré surtout la conclusion d'avoir parfois besoin de plus de temps que d'autres pour parvenir au même but. Les stages réalisés, par leur nombre, leur ont permis d'expérimenter le travail dans différents contextes et ainsi de clarifier le rôle professionnel. Par contre, leur grande diversité (domaines et structures organisationnelles), ainsi que leur enchaînement dans la chronologie de la formation pouvaient représenter un obstacle, nous l'avons vu. Toutes les NP avaient choisi leur profession et confirmé ce choix tout au long d'une formation qu'elles avaient appréciée : il y avait globalement concordance entre leur projet professionnel et celui de la formation. De façon générale, nous pouvons donc affirmer qu'à l'obtention de leur diplôme, elles se plaçaient dans une attitude plutôt confiante face à l'insertion et, même si leurs projets professionnels étaient diversement précis pour l'avenir, toutes envisageaient de travailler à long terme comme infirmière.

12.1.2 Dynamique identitaire de la transition stagiaire à diplômée

La transition ne s'est pourtant pas faite simplement dans la continuité. Rappelons-nous que, comme le souligne Barbier (2006), une « théorie des identités » ne se distingue pas d'une « théorie des activités humaines ». L'identité est une construction représentationnelle et discursive réalisée par le sujet à partir de trois représentations interdépendantes et en constante synergie : lui-même acteur, l'activité et l'environnement (cf. schéma p.45). C'est le niveau de congruence qu'il va trouver dans l'interaction entre ses représentations de l'environnement, de l'action et de lui-même en regard de ses expériences antérieures qui vont être à l'origine de son plaisir ou de sa souffrance, et qui vont déterminer son engagement futur dans les activités. Chaque action participe de ce

processus, générant des représentations transitoires et perpétuellement évolutives, mais qui vont se stabiliser au fil du temps et de leur répétition. Cette construction représentationnelle était particulièrement perceptible dans les débuts de la prise poste, où les NP s'interrogeaient en permanence sur les changements liés à elles-mêmes, à l'activité et à leur nouvel environnement. C'est dans cette articulation entre soi-activité-environnement que le sentiment de continuité ou de rupture entre stagiaire et diplômée a été perçu, offrant plus ou moins la possibilité aux NP de proposer à leurs collègues l'image d'une professionnelle agissant efficacement et intelligemment.

Continuité et rupture dans les représentations de soi, agissant dans son environnement

Le poids du badge, avec toute la responsabilité inhérente à la nouvelle fonction, représentait un changement radical. La représentation d'elles-mêmes était modifiée statutairement, mais aussi dans les interactions avec les collègues qui devenaient des pairs, ainsi que face à des activités nouvelles. Elles avouaient que dans les premières semaines, c'était le regard et l'attitude des autres (collègues et patients) qui entérinait ce changement, bien avant que cela ne devienne l'identité professionnelle par laquelle elles se re-présentaient spontanément. Elisa dira même qu'il y avait la même étrangeté pour elle à s'annoncer comme infirmière que lorsqu'elle s'est mariée et a changé de nom. Dans une position inédite, les contours de l'identité étaient incertains : elles ne pouvaient se référer que partiellement à leur représentation de la stagiaire finaliste qu'elles avaient été pour élaborer leurs activités, leur rôle étant aujourd'hui plus large et, surtout, à assumer en autonomie. Elles avaient donc besoin d'être confirmées dans cette nouvelle identité pleine et entière. Leurs débuts se positionnaient donc dans une *dynamique de gestation identitaire avec projet de confirmation de soi*.

La représentation des activités offrait le plus souvent une assise suffisante pour pouvoir agir : les soins aux patients étant ce qui primait pour elles, pouvoir les réaliser procuraient aux NP de la satisfaction et du plaisir, et elles se montraient ainsi utiles à l'équipe en assumant leur part du travail. Néanmoins ces activités dans ce contexte donné (le niveau de spécialisation du domaine entre autres) posaient nombre de questions, nécessitant le soutien des pairs pour être résolues. Nous l'avons vu, les NP se référaient prioritairement à leurs collègues plutôt qu'aux documents prescriptifs de l'institution. Elles accédaient ainsi au « genre professionnel » de leur équipe, à la manière dont la dimension impersonnelle du travail y avait été intégrée, pour pouvoir agir. Elles y repéraient également les attentes d'autrui, réelles ou imaginées, et mesuraient le décalage qui existait avec les leurs. TSRPF peut ainsi être vu comme un événement emblématique qui conduisit à la prise de conscience de tous les changements en cours simultanément, remettant fortement en question les repères habituels, d'où l'émergence de tensions identitaires. Au niveau des activités, il y avait donc également des éléments de rupture et de la continuité. C'est la représentation de l'environnement qui était la plus parcellaire : les équipes étaient nouvelles, les structures aussi parfois, ainsi que le fonctionnement organisationnel.

Si les transformations des représentations des sujets, des activités et de l'environnement peuvent être simultanées, étroitement intriquées, ce n'est pas forcément le cas nous dit Barbier (2006). En ce sens, nous pouvons postuler que si l'une ou l'autre des représentations demeure relativement stable, les tensions identitaires émergeant des activités seront moins fortes et leur régulation facilitée par la référence aux expériences antérieures. Cela pourrait expliquer pourquoi Sabina et Elisa, qui furent celles qui rencontrèrent le plus de nouveautés en regard de leur parcours de stage, vécurent leurs débuts de manière très différente. Sabina, avec un sentiment d'auto-efficacité peu affirmé, dans un domaine spécialisé et un nouvel environnement (langue, institution, organisation) ne parvenait pas à fournir un travail conforme à ses attentes (personnelles et dans la comparaison avec les autres NP du service). Les tensions identitaires étaient donc vives et leur régulation rendue ardue par défaut de représentation des activités et de l'environnement. Par contre ce qui demeurait, c'était une représentation d'elle-même agissant comme une stagiaire, alors qu'elle ne l'était plus. Nous pourrions dire qu'il y avait continuité là où il y aurait dû avoir changement, associé à sentiment fréquent de rupture dans la réalisation du travail au quotidien. L'étayage proposé dans les débuts permettait quand même de progresser, mais sur un terrain fragile et instable.

Elisa était, par contre, porteuse d'un fort sentiment d'auto-efficacité. Si elle travailla aussi dans des domaines spécifiques et des environnements nouveaux, les compétences infirmières générales et relationnelles y étaient prioritaires et représentaient pour elle une base sécuritaire à partir de laquelle elle pouvait construire son activité. Par contre, les enjeux interpersonnels liés à son statut de cheffe d'équipe en psychogériatrie étaient un élément particulièrement prégnant. Dans ce contexte, l'accès au genre professionnel de l'équipe était rendu difficile : certes les aides-soignantes pouvaient l'aider à accéder à la culture de l'équipe, par contre elles ne partageaient pas le même rôle professionnel. En ce sens, la solitude et la surcharge ressenties avec force peuvent être lues comme les conséquences d'un défaut d'étayage autant effectif (par des pairs) que symbolique. Sans cette référence pour agir, le doute et l'insécurité étaient constants. Elisa a ressenti de fortes tensions identitaires, elle a cependant pu mobiliser des ressources afin de pouvoir agir et elle a obtenu une reconnaissance importante. Travailler en Intérim au début a contribué à cette situation, par contre la durée limitée de la mission permettait d'envisager un dégageant sans avoir à rediscuter sa place dans ce lieu.

Evolution de la dynamique identitaire dans la phase initiale de la transition

Les premières expériences vécues dans un nouveau contexte font apparaître une congruence représentationnelle plutôt favorable à la poursuite de l'engagement (tant dans les activités que dans le poste) ou, au contraire, génèrent le doute, l'insatisfaction, voire la peur. Pour les NP chez qui la congruence prédominait, le glissement se fit progressivement d'une *dynamique de gestation identitaire avec projet de confirmation de soi* vers une *dynamique de continuité identitaire avec projet de préservation de soi*. Ce fut le cas pour Agathe, Cléa et Judith (quand la surcharge chronique du service s'est arrêtée).

Les changements de poste intervenus durant cette période ont surtout différé ce passage d'une dynamique visant la confirmation de soi à une autre visant la préservation de soi dans une logique de continuité identitaire en maintenant une instabilité représentationnelle. Pour Elisa qui a changé de domaine de soins et d'environnement au gré de ses missions d'Intérim, puis a débuté en maternité dans un contexte très spécialisé, la dynamique de gestation identitaire a été prolongée : les activités et le contexte présentaient encore beaucoup de nouveautés, par contre sa nouvelle identité a largement été confirmée d'une mission à l'autre lui renvoyant une image de compétence. Une dynamique de continuité identitaire s'est donc installée, malgré les doutes et le besoin de soutien dans la réalisation du travail cinq mois après le diplôme, puisqu'elle était nouvelle en maternité. Que ce besoin soit reconnu comme légitime d'emblée, car lié aux spécificités du domaine et non pas à la personne, a favorisé cette transition. Le remplacement de Roxanne aux soins à domicile a duré trois mois, durant lesquels elle a obtenu une validation très positive de ses compétences. Par contre, le début dans son nouveau poste en médecine l'a conduite à redéfinir son identité dans ce contexte : il ne s'agissait plus d'un passage de stagiaire à diplômée, mais d'infirmière aux soins à domicile à jeune infirmière en médecine, en regard des spécificités du rôle mais aussi de ses attentes sur ce poste pour sa carrière future. Quant à Charline, le changement de poste représentait un retour dans un service connu où elle avait été appréciée, le tout après avoir été reconnue compétente alors qu'elle travaillait dans des conditions particulièrement ardues en raison de ses problèmes linguistiques. Elle s'inscrivit très rapidement dans une dynamique de continuité identitaire avec projet de préservation de soi. En effet, si elle revenait avec un nouveau statut et des responsabilités plus élevées que lors de son stage, si elle avait à rediscuter ses acquis et à développer de nouvelles compétences, sa construction représentationnelle trouva rapidement une stabilité.

12.1.3 Tensions identitaires prioritaires et leur-s impact-s

Que les NP se positionnent plutôt dans une dynamique de gestation identitaire ou de continuité identitaire, la relation aux autrui significatifs qu'étaient les pairs a été centrale. Les collègues étaient leur ressource prioritaire pour l'accès aux connaissances pertinentes et utiles dans l'activité immédiate ainsi que dans la réalisation du travail quotidien. Elles étaient également celles qui allaient les reconnaître comme infirmière, collègue et membre du groupe, confirmant ainsi cette identité nouvellement acquise et offrant le soutien nécessaire pour poursuivre leur développement professionnel. Les enjeux relationnels étaient donc conséquents, s'inscrivant dans un mouvement parfois contradictoire entre besoin de reconnaissance et besoin d'apprentissage. Les tensions identitaires à ce niveau étaient donc particulièrement inquiétantes.

Les attentes des équipes étaient rarement explicites, nous l'avons vu. Les évaluations, qui auraient permis de mieux les définir, étaient rares et générales. De ce fait, les NP les définissaient en se référant au soutien qu'elles obtenaient (qui légitimait leurs besoins ou pas), et à leur sentiment de *faire* leur travail (où la logique de production primait) en le gérant de la façon la plus sécuritaire possible (en regard des déficits qu'elles percevaient chez elles). Leurs propres attentes étaient très élevées, d'autant plus si elles avaient

entendu, durant leurs stages, des critiques sur les déficits supposés de leur formation. A travers les interactions avec leurs collègues, les NP cherchaient à confirmer ou infirmer le décalage qu'elles ressentaient entre soi actuel et soi normatif. Comme cet échange ne portait pas directement sur les compétences, c'est le sentiment d'acceptation qui en devenait l'indicateur. Le bien-être ressenti dans l'équipe appartenait au plaisir de travailler, les moments de rires ensemble se révélant une ressource importante pour décharger le stress intense des débuts. Ce rire, qui découle souvent de situations pénibles ou tragiques, appartient aux stratégies défensives collectives qui se retrouvent fréquemment dans les soins (Carpentier-Roy, 1995).

Il y avait une boucle d'interdépendance entre démontrer ses compétences d'infirmière et être acceptée (comme infirmière et/ou personne), et simultanément créer des liens, chercher à s'intégrer entre autres en démontrant son désir de comprendre le fonctionnement du service et de s'y adapter, afin d'obtenir de l'aide pour développer ses compétences et apporter sa pierre au travail collectif. Ce processus vise l'insertion dans une CP. Wenger (1998/2009) signale que :

Lorsque les novices forgent leur identité, ils ne tiennent pas nécessairement à mettre l'accent sur la discontinuité ou la continuité. Ils doivent trouver une place en lien avec le passé. Pour pouvoir participer, ils doivent avoir accès à l'histoire à laquelle ils veulent contribuer et ils doivent l'intégrer à leur identité. (p.175)

Cette « histoire », qui peut se comprendre comme le « genre professionnel » selon Clot, est l'étagage sur lequel l'activité, et à travers elle l'identité professionnelle, peut prendre appui. Le conformisme des débuts peut donc être vu comme une forme d'intelligence stratégique en situation pour atteindre des objectifs professionnels et personnels.

Tensions liées aux attentes face à l'équipe

Les attentes des NP par rapport au groupe et à la place qu'elles souhaitaient y occuper influençaient également leur manière d'aborder le collectif. Certaines NP souhaitaient essentiellement créer des liens professionnels, centrés sur le travail commun. C'était le cas de Roxanne et Elisa qui désiraient clairement séparer leurs groupes d'appartenance professionnel et personnel. En ce sens, l'Intérim et le remplacement favorisaient ce type de relations par la limitation temporelle des interactions fixée d'emblée et la centration sur les aspects fonctionnels. Agathe, Sabina, Charline et Judith espéraient des relations agréables mais surtout professionnelles, où l'entraide était valorisée. Elles n'excluaient pas d'avoir des relations privilégiées avec l'une ou l'autre collègue. Cléa, quant à elle, espérait que ces liens professionnels dépassent l'espace de travail, mélangeant relations professionnelles et amitié. Le groupe était perçu fortement comme une entité.

La balance entre les enjeux de place et de compétences s'équilibre donc de manière différente en fonction de leurs attentes. La quête de reconnaissance se positionne à des niveaux différents : pour la majorité des NP, il s'agissait de voir confirmer leur nouvelle identité d'infirmière diplômée et leurs compétences. Pour Cléa, si la dimension professionnelle est également très présente, il y a aussi une attente de reconnaissance d'elle comme personne dans ses différentes dimensions. Dans leurs débuts, 6/7 NP ont

trouvé un support identitaire suffisant dans le collectif, pour pouvoir être sécurisées sur l'identité acquise. Par contre, l'expérience de Sabina fut différente : elle ne percevait pas de collectif, sa description du fonctionnement n'était pas celui d'une communauté de pratique, mais d'individualités côte à côte qui tantôt s'entraident, tantôt sont en concurrence. Elle disait les relations interpersonnelles agréables, mais celles-ci ne lui permettaient pas de réduire les tensions identitaires liées aux difficultés qu'elle rencontrait, indicateur possible que l'objet de ces interactions n'était pas le travail. Il en résultait qu'elle se sentait peu intégrée dans l'équipe et ne voyait pas son identité confirmée. Elle-même ne percevait pas d'évolution : elle était toujours plus proche de la posture de stagiaire que de diplômée, demeurant dans une position périphérique, voire marginale, par rapport au groupe. Cette absence d'évolution s'apparentait de plus en plus à une régression très menaçante.

Transition et souffrance au travail

Cette expérience professionnelle initiale, qui se vivait dans une surcharge physique, mentale et psychique constante, les a toutes épuisées. Les NP ont décrit un envahissement de tous les pans de la vie par le travail, un sommeil altéré, etc. Il en résultait que les contacts avec leurs proches étaient diminués, les activités de loisirs qui auraient pu les aider à se détendre étaient annulées, faute d'énergie. Elles ne parvenaient pas à mobiliser leurs ressources habituelles pour gérer leur stress. Elles en étaient conscientes et s'interrogeaient à ce sujet : le seul constat était que ça ne pouvait durer longtemps comme cela, mais que pour l'instant il n'y avait pas d'autre choix. Elles espéraient qu'un équilibre s'amorcerait au fil du temps. Les enjeux identitaires des débuts favorisent vraisemblablement grandement cette expérience de surcharge : en effet, dans leur besoin de démontrer ce dont elles étaient capables, associé à leur représentation fréquente d'une diplômée qui sait, qui maîtrise, qui contrôle, la parole sur leurs doutes et leurs insécurités était extrêmement difficile et pouvait représenter un risque dans leur quête de reconnaissance. D'autre part, leur position en périphérie de l'équipe ne leur donnait que peu accès à des stratégies de défense collectives. Le partage de leur expérience émotionnelle était donc faible au sein de l'équipe, empêchant ou freinant la régulation des tensions : il y avait donc là une vraie souffrance au travail qui, si elle venait à durer, pouvait se répercuter sur leur santé, d'autant plus que leurs ressources extraprofessionnelles étaient momentanément amoindries. En ce sens, les échanges entre pairs-NP représentaient quand ils étaient possibles une soupape bienvenue.

12.1.4 Reconnaissance et enjeux sur la poursuite du projet professionnel

Diverses formes de reconnaissance

Dans les débuts, les NP trouvaient essentiellement leur plaisir dans la reconnaissance des patients. Ce sont eux, par leurs remerciements, par le plaisir qu'ils leur disaient ressentir à ce que ce soient elles qui s'occupent d'eux, qui leur donnaient de l'énergie et leur renvoyaient une image positive d'elles-mêmes, correspondant à ce qui avait motivé leur choix professionnel : aider, être utile. Si ceci était vrai pour toutes les NP, ce fut particulièrement important pour Sabina, Judith et Charline dans les moments difficiles de

la prise de poste. La lourdeur de l'expérience d'Elisa en psychogériatrie peut aussi être lue à ce niveau : les patients démentifiés ne pouvaient pas valoriser ce qu'elle faisait pour eux. Les doutes de la NP sur la pertinence de ses décisions perduraient. Ce fut ponctuellement la famille des patients qui lui fournit cette sécurisation.

La satisfaction des patients fut durant toute l'année un critère essentiel pour évaluer la qualité de ce qu'elles entreprenaient et maintenir leur motivation. Les tensions identitaires qui ont pu apparaître dans les interactions avec eux, *a contrario*, furent également particulièrement significatives. Néanmoins, les NP étaient très conscientes que cette évaluation était différente de celle de leurs pairs et ne la remplaçaient pas. C'est pourtant ce qui permit à Sabina de ne pas remettre en cause sa place dans les soins malgré les obstacles rencontrés, en dissociant la satisfaction des patients qui étaient *contents d'elle*, de l'évaluation de l'ICUS. Par contre, durant les trois, quatre premiers mois, la reconnaissance des médecins et des cadres infirmiers était peu recherchée : nous pourrions dire qu'ils appartenaient à un cercle élargi mais pas au cercle de base que constituaient en priorité les pairs, l'ICUS et les patients.

Bilans formels durant les premiers mois et confirmation identitaire

Le bilan de la fin du temps d'essai pour celles qui avaient un contrat à durée indéterminée a représenté *le* moment formel d'évaluation. Jusque-là, la confirmation de la nouvelle identité par les professionnelles reposait surtout sur des impressions, des sentiments, puisqu'elles n'osaient que peu demander des retours en raison d'une SPT en construction. Elles avaient surtout le sentiment d'exister au sein de ce groupe. La charge émotionnelle qui entourait ce moment était forte, et malgré leur sentiment que les débuts se passaient bien, toutes ont ressenti des craintes avant de rencontrer les ICUS, personnes d'autorité. Cela peut être associé à leur rapport à l'évaluation, mais surtout aux enjeux identitaires : suite à cet entretien, elles seraient reconnues comme infirmières, démontrant des compétences suffisantes pour voir leur contrat entériné, c'est-à-dire qu'elles obtiendraient une reconnaissance de conformité (Todorov, 1995), les rendant semblables aux autres. Il s'agissait également d'une reconnaissance d'utilité selon Dejours (1993), ainsi que d'une reconnaissance de beauté ou de valeur puisque les ICUS ne transmettaient pas leur seul point de vue, elles étaient également dépositaires des avis des autres collègues de l'équipe.

Judith, Agathe et Cléa obtinrent des évaluations très positives : elles avaient donc leur place à part entière au sein du groupe. Les attentes de l'équipe étaient visiblement moins élevées que celles perçues ou imaginées par Agathe et Judith, puisque toutes les deux s'évaluaient plus bas que les ICUS. Il est à relever que cela n'a pas transformé leur niveau d'exigence vis-à-vis d'elles-mêmes qui demeura très élevé : leur idéal professionnel comptait plus que les attentes normatives du milieu. Toutefois, la sécurité d'appartenir à l'équipe, d'y être valorisée, tempérait la pression qu'elles se mettaient elles-mêmes. Pour Cléa, les enjeux d'intégration dans l'équipe primaient et c'est ce qu'elle espérait voir reconnu. Si elle a entendu ce qui lui a été dit sur les connaissances et compétences qu'elle devait continuer à développer mais qui étaient déjà bonnes au demeurant, d'un point de vue identitaire elle était satisfaite de ce bilan.

En ce qui concerne les trois NP qui ont changé de poste durant les trois, quatre premiers mois, la terminaison de chaque poste a fait l'objet d'une évaluation. Si elle fut en général plutôt globale en raison de la brièveté du mandat, elle aida néanmoins à confirmer leur nouvelle identité. Pour Roxanne, la reconduction de son remplacement de mois en mois en tenait lieu. En Intérim, en plus du feed-back direct dans le poste occupé, Elisa recevait par la suite le retour de son agent de placement qui avait été en contact avec son employeur précédent. Quant à Charline, en clinique de chirurgie, des bilans réguliers validant ses bonnes compétences avaient lieu avec l'ICUS, et la réaction attristée mais compréhensive de ses pairs à l'annonce de son départ fut particulièrement significative : elle était reconnue comme professionnelle et comme personne avec ses besoins spécifiques.

Le projet de confirmation identitaire était là réalisé : si ce moment ne faisait fréquemment « que » confirmer ce qu'elles avaient pressenti au décours du processus d'insertion, il était essentiel que ce soit dit explicitement. Elles étaient des infirmières comme les autres, quel que soit leur titre. Par contre, pour Sabina, le bilan a été nettement plus mitigé. Elle l'a elle-même initié car elle se sentait *encore trop stagiaire*. Ses compétences relationnelles ont été reconnues, par contre, elle avait beaucoup à apprendre en lien avec le domaine spécifique. Son ICUS, qui était alors sa personne de référence, relevait qu'elle avait encore besoin de temps, mais qu'il n'y avait *rien d'anormal* à cela. Ce sont les erreurs qui ont fait basculer cette prise de poste difficile : l'identité n'avait pas encore été confirmée qu'elle était remise en question par une personne particulièrement significative, sur qui Sabina comptait, d'une manière ressentie comme humiliante et injuste. A la fois l'identité et la SPT ont été altérées : après avoir tenté de faire ses preuves avec un relatif succès, une nouvelle erreur est venue détruire une confiance chancelante de part et d'autre. Sabina se trouvait toujours dans une dynamique de gestation identitaire, mais son besoin était alors de se reconstruire, ailleurs, avec d'autres autrui, dans un fonctionnement différent.

Cette première phase s'est inscrite surtout dans le premier trimestre de l'année, marquant ce passage de « vouloir être une infirmière comme les autres » à « se sentir une infirmière comme les autres », à leurs propres yeux et à ceux des autres.

12.2 Une première base de sécurité à développer et approfondir, tout en se préservant

La dynamique identitaire de la plus grande partie de l'année visa la *continuité identitaire avec projet de préservation de soi*, un glissement progressif vers un projet d'entretien de soi apparaissant vers la fin de l'année. Après quelques mois d'activités, les NP avaient acquis des repères quant au fonctionnement du service, aux pathologies fréquentes et aux traitements qui en découlaient, etc. Leurs représentations étaient plus stables, il en résultait qu'elles se heurtaient à moins d'imprévus et de surprises et, quand cela leur arrivait, elles pouvaient de plus en plus se référer à des expériences précédentes. Elles travaillaient avec une plus grande sécurité, un meilleur contrôle et une meilleure anticipation. Elles avaient encore néanmoins besoin de leurs collègues pour développer

et affiner leurs connaissances et compétences, et en acquérir d'autres dans de nouveaux domaines, tel que l'encadrement. La connaissance de l'équipe ainsi que la reconnaissance obtenue préalablement facilitaient l'accès aux ressources.

Vers cinq-six mois, un de nos entretiens cliniques individuels fut particulier. Il concernait cinq des sept NP qui étaient déjà depuis quelques mois dans leur service. Par rapport aux trois questions du fil rouge de l'entrevue (les premières fois, les moments où elles se sentent infirmières et ceux où, au contraire, elles doutent), elles signalaient que rien de notable ne s'était passé depuis la fois précédente. Il y avait là une sorte de calme après la tempête, qui peut correspondre au sentiment d'efficacité et de confiance ressenti par les nouvelles diplômées après six mois décrit dans plusieurs recherches (T. Clark & Holmes, 2007; Gerrish, 2000; Maben & Macleod Clark, 1998). Elisa et même Sabina vécurent cette période, après quelques mois dans les postes qu'elles occupèrent durant la deuxième partie de l'année.

12.2.1 Rejouer sa place dans le groupe en se différenciant

Après cette période de répit, une transformation s'opéra : elles commencèrent à prendre du recul et leur vision sur leur environnement s'est élargie. En comparant deux groupes de NP, dont l'un bénéficiait d'un programme de soutien à l'insertion, Newhouse (2007) a mis en évidence que durant les six premiers mois, elles étaient toutes essentiellement centrées sur elles-mêmes et leurs manques. Nous trouvons le même phénomène chez les NP de cette recherche. Après six mois, elles purent, grâce à la sécurité acquise, discuter différemment leur place et leur rôle dans l'équipe, accordant une part beaucoup plus grande à la collaboration intradisciplinaire et interdisciplinaire. Des tensions issues de leur participation à la communauté de pratique sont apparues ou, plus probablement, ont été repérées et prises en compte à ce moment-là. Après une première phase d'insertion qui visait surtout la similarisation et la conformité dans un processus fort d'identification au groupe, elles ont commencé à observer le fonctionnement collectif ainsi que celui de chacun de ses membres avec plus de distance. L'uniformité relative de l'équipe a été remise en question et les NP ont attribué des jugements de valeur au travail de leurs pairs, tant dans les soins aux patients que dans la collaboration. Nous pouvons faire l'hypothèse que dans les débuts, le besoin de l'aide des collègues était tel qu'il n'y avait pas de possibilité d'une véritable remise en question du rôle et de l'identité professionnelle qui leur étaient proposés. Ceci ne veut pas dire qu'elles acceptaient tout sans réfléchir, mais leurs collègues représentaient une expertise sur laquelle elles pouvaient s'appuyer, et dans le flottement initial, il s'agissait d'un ancrage essentiel. Après quelques mois, elles en avaient moins besoin ce qui ouvrait la possibilité d'une lecture plus différenciée du collectif.

A travers le travail au quotidien, elles constatèrent des divergences de pratiques entre elles et leurs pairs, faisant émerger un certain nombre d'interrogations : dans un travail qui se réalise en collectif, comment accepter/tolérer des stratégies différentes qui pourraient remettre en question les leurs ? Comment rester fidèle à son idéal professionnel quand les collègues ne semblent pas avoir le même, entre autres en ce qui concerne le niveau

d'engagement ? Est-ce légitime et nécessaire de s'investir autant dans son travail alors que les autres semblent obtenir autant de résultats en en faisant moins ? Ces différentes questions étaient de vrais objets de négociation au sein de la communauté, par contre, comment les amener dans la discussion sans prendre le risque d'être perçue comme critique ou négative ? Un positionnement et une affirmation de soi étaient nécessaires. Si à ce moment-là, leur place dans l'équipe était plus établie, elle pouvait tout de même être remise en question. Agathe, Roxanne, Charline et Cléa sont celles qui vécurent les tensions les plus fortes à ce sujet. Elles choisirent de partager leur questionnement surtout avec les collègues avec qui elles avaient le plus d'affinités, entre autres en raison d'une conception proche du métier. Elles avaient apparemment besoin d'alliance, à la fois pour valider leur lecture de la situation, mais aussi pour limiter les risques pour leur place. Il n'y avait pas d'intention de créer des clivages dans l'équipe, même si ce fut parfois le cas dans certains conflits avec les ASSC comme nous l'avons vu au chapitre 9. Elles trouvèrent également des lieux d'échanges sur ces difficultés lors des entretiens cliniques que nous avons mené avec elles, ainsi qu'avec leurs amies, infirmières, qui n'appartenaient pas à l'équipe. Il apparaît donc que pour véritablement se positionner face au groupe, elles étaient rassurées d'avoir validé ce qu'elles pensaient auprès de personnes de confiance.

12.2.2 Tensions identitaires émergent de la relation aux patients

La décentration qui caractérisait cette période de l'année concernait également les patients. Si ces derniers ont toujours été leur préoccupation première, il est intéressant de relever que durant les débuts, elles parlèrent peu d'eux, de leur situation, mais surtout d'elles par rapport à eux : comment les interactions les touchaient, comment cela influençait leur pratique, etc. Elles étaient conscientes qu'elles consacraient moins de temps à la relation que durant leur formation alors qu'elles le considéraient comme important. Elles le toléraient car elles l'imaginaient provisoire, le temps d'acquérir suffisamment de connaissances et de compétences dans ce lieu. Ce fut ce qui se passa effectivement : alors qu'elles parvenaient à avoir une compréhension plus globale et complexe des situations des patients, elles s'engagèrent également davantage dans les interactions avec eux. Cléa, Sabina, Agathe, Judith et Roxanne firent le même constat : elles parvenaient moins à laisser les situations des patients au travail, certaines les poursuivaient longtemps après dans leur espace privé. C'était une découverte déstabilisante, qui les amena à réinterroger leur rôle dans la communication : géraient-elles correctement la distance relationnelle ? Était-ce professionnel que d'être touchée aussi fortement ? Les tensions ressenties les renvoyaient autant à leur soi idéal qu'à un soi normatif issu de discours entendus parfois durant la formation et de représentation sociale (« il faut se bétonner »).

Une autre tension identitaire émergea des expériences d'interactions avec les patients qui les renvoya aux prémices du choix professionnel. Les futures candidates disent souvent qu'elles désirent être infirmières parce qu'elles aiment les gens. Au quotidien, avec la fatigue, avec la hiérarchisation à définir entre des activités concurrentes, les NP ont constaté qu'elles ne parvenaient pas à être « égalitaires » avec les patients : certains les

touchaient plus en raison de leurs pathologies (les jeunes avec des maladies chroniques, les patients cancéreux et/ou en fin de vie), ou de leur manière d'être au monde, ou alors par leur situation personnelle (positifs, ayant de l'humour, une famille présente ou au contraire sans personne pour les défendre). Pour d'autres au contraire, heureusement plus rares, elles devaient faire des efforts pour s'investir auprès d'eux : il s'agissait souvent de patients plaintifs et/ou dépressifs, qui, finalement, étaient fréquemment dans la demande mais ne saisissaient pas les offres qui leur étaient faites. Un peu caricaturalement, nous avons d'un côté des situations perçues comme anormales et/ou injustes où les patients ont besoin d'elles pour les accompagner et les représenter face aux médecins et qui, simultanément se montrent gratifiants et d'un autre côté, des patients dont le comportement induit le doute chez les NP sur la réalité de leur problème et/ou provoque un sentiment d'impuissance. Les processus d'identification et de projection sont facilement mis en œuvre dans le premier cas, des attitudes de rejet ou d'évitement apparaissent dans le second. Toujours est-il que « les gens » qu'elles voulaient aider se révèlent être un groupe hétérogène (à l'image de l'équipe de soins) remettant en cause une image idéalisée d'elles-mêmes aidant tout le monde indifféremment. Cette découverte de soi, à travers leurs propres limites, fut donc une source de tensions identitaires importantes, les interrogeant autant sur la professionnelle que sur la personne qu'elles étaient. Simultanément, elles ont aussi pris conscience qu'elles ne portaient pas seules la responsabilité des résultats des soins aux patients : ceux-ci y jouaient une part active et déterminante, acceptant, transformant ou refusant l'offre de soins qui leur était faite en fonction de ce qu'ils souhaitaient pour leur propre vie. Il en résulta une modification de la compréhension de leur rôle vis-à-vis du patient, demandant plus de modestie et un partenariat plus soutenu. Il y avait là une maturation dans la compréhension de leur rôle.

12.2.3 Reconnaissance réciproque et évolution de la place dans l'équipe

Il apparaît donc que les tensions liées à la remise en question de leurs valeurs professionnelles et personnelles ont surtout émergé au décours de ce processus de différenciation, bien plus que lors du moment de la transition. Ces tensions présentaient clairement des enjeux existentiels, expliquant la charge émotionnelle intense qui les a accompagnées. La nécessité de les réguler était importante car elles touchaient à la fois les pratiques, les relations interpersonnelles, et la participation dans la CP. Les conflits, dans le cadre du collectif mais aussi avec les médecins, apparaissent donc comme un événement qui joue un rôle de catalyseur dans une évolution nécessaire, inhérente à la pratique professionnelle dans la durée.

Cette étape, qui débuta après trois-quatre mois, s'inscrit bien dans une continuité identitaire : s'il s'agissait de continuer à développer leurs connaissances et leurs compétences, elles ont aussi affiné la compréhension de leur rôle, en mettant en perspective leur idéal professionnel, leurs pratiques effectives avec celles des autres significatifs et les trajectoires identitaires proposées par la CP. Un certain niveau de sécurité dans le collectif était nécessaire pour s'engager dans la résolution de ces tensions. Une SPT suffisante y contribuait mais n'était pas suffisante. En ce qui concerne les sept

NP, en regard des enjeux liés à la régulation des tensions, principalement en entrant dans un processus de négociation de pratiques, la SPT ressentie n'était pas suffisante pour entrer directement dans cette démarche. Il leur a d'abord été nécessaire de s'autoriser à penser et à dire les différences perçues dans un espace protégé, de mieux comprendre ce qui se jouait pour elles, avant de les aborder par touches successives dans l'équipe.

Nous voyons à l'œuvre un processus de reconnaissance réciproque entre les NP et leurs collègues, à partir duquel les appartenances peuvent se rediscuter. Agathe, Judith, Charline et Roxanne adhéraient à la plus grande partie du fonctionnement collectif. Elles osèrent plus s'y affirmer, même si cela restait modéré ou concernait surtout la défense d'autrui (collègue ou patient). Leur SPT s'est trouvée renforcée. Cléa fut celle qui remit le plus en question son équipe, et surtout la collaboration avec les médecins. Elle était déçue principalement des prises en charge pluridisciplinaires proposées aux patients cancéreux. Ces situations entraînent en écho avec sa vie personnelle qui était à l'origine d'un investissement majeur auprès des patients, correspondant aux soins qu'elle espérait recevoir quand sa famille serait concernée. Les enjeux existentiels étaient très importants et elle se sentait impuissante à les résoudre. Elle ressentait une colère diffuse : contre ses collègues qui n'en faisaient pas autant qu'elle, même si Cléa reconnaissait que les patients étaient satisfaits de leurs soins ; contre les médecins surtout, qui ne collaboraient pas assez entre eux ni avec les infirmières et ne répondaient pas de façon suffisante aux besoins des patients et de leur famille ; et contre l'école, qui lui avait fait miroiter que cette offre en soins était possible alors que les médecins refusaient de jouer le jeu. Derrière cette colère, se cachait un épuisement très important, Cléa réalisant qu'elle allait devoir repenser sa manière de s'impliquer dans son travail, au risque de se brûler les ailes. Elle se demandait s'il était pertinent de poursuivre ici encore longtemps, même si elle appréciait ses collègues.

Dans une perspective de différenciation, le parcours d'Elisa fut singulier. Par son éducation et son histoire personnelle, la recherche de conformité ne lui était jamais apparue comme quelque chose de souhaitable. Il ne s'agissait pas d'être en position d'opposition, mais de toujours tenter d'être soi. Elisa avait une bonne confiance en elle, un sentiment d'auto-efficacité important et de bonnes compétences relationnelles. Elle concevait son insertion dans un groupe de manière plutôt stratégique. Débutant à la maternité après quatre mois de diplôme, dans un contexte et un domaine qu'elle ne connaissait pas, elle se montra rapidement compétente. Constatant un certain nombre de défaillances dans les protocoles en place, elle décida de faire partie d'un groupe de travail institutionnel chargé de la mise à jour des fiches techniques : elle y était la représentante de la maternité après trois mois de travail et devrait être par la suite la personne de référence à ce sujet pour son service. S'il pouvait y avoir un risque pour sa place dans l'équipe, elle y voyait de nombreux bénéfices, en priorité pouvoir conserver des temps de réflexivité hors du travail quotidien et continuer d'apprendre. Elle valorisait son titre d'infirmière HES dans ce désir de mise à jour constant. Très consciente de ses limites dans les connaissances spécifiques, elle sollicitait ses collègues quand il le fallait, reconnaissant ainsi leurs compétences. Sa manière de fonctionner la fit percevoir comme

quelqu'un d'autonome, de responsable et d'engagé. Même si c'était très précoce, il n'est donc pas étonnant qu'à la fin de l'année on lui proposa le poste d'ICUS-adjointe. Elle avait plus de doutes face à cette différenciation-là qui impliquait un statut hiérarchique par rapport à ses collègues. Elle ne souhaitait pas forcément remettre en question sa place de pairs, même si le projet pouvait la tenter.

12.3 Confort et plaisir au travail : projet initial, projet-s futur-s, nouvelle mise en perspective

En fin d'année, toutes les NP relevaient qu'elles se sentaient bien au travail, qu'elles y avaient trouvé un certain confort (dans les soins et dans l'équipe) et qu'elles pouvaient fonctionner avec une dépense d'énergie nettement moindre. Il ne s'agissait en aucun cas d'une diminution de leurs attentes vis-à-vis d'elles-mêmes, mais avec les apprentissages de l'année, elles étaient de plus en plus confiantes dans leur efficacité personnelle, se sentaient compétentes la plupart du temps et allaient travailler sans peur. Les situations qui les déstabilisaient étaient véritablement des situations particulièrement critiques et urgentes. Dans le courant de l'année, toutes avaient vu arriver de nouvelles collègues, de nouvelles stagiaires. L'encadrement, l'aide apportée aux nouvelles venues ainsi que leur observation avaient permis aux NP de prendre la mesure de leur propre évolution. Elles étaient satisfaites de leur identité actuelle et souhaitaient bénéficier des efforts consentis dans l'année en poursuivant dans le même poste pendant encore une année, même si plusieurs d'entre elles s'imaginaient travailler dans d'autres domaines plus tard (psychiatrie, soins à domicile, maternité). Elles se positionnaient dans une *dynamique de continuité identitaire avec projet d'entretien de soi* prioritairement. Il y avait là une forme d'accomplissement de soi qui leur permettait d'être moins dépendantes de la reconnaissance d'autrui, parce qu'elles parvenaient mieux à valoriser elles-mêmes leur travail. Nous pourrions même dire, en référence à Clot (2006a), qu'elles se reconnaissaient dans ce qu'elles faisaient.

12.3.1 Des NP tournées vers le futur, avec de nouveaux projets en perspective

Professionnellement, la fin de l'année fut aussi marquée par la proposition d'un certain nombre de projets : Judith et Charline furent incitées à devenir PF, et Elisa ICUS-adjointe. Les trois ont décliné l'offre à ce moment-là, car elles la jugeaient trop précoce. Par contre, Judith a accepté de suivre les cours pour devenir formatrice en entreprise. Charline préférait construire encore pendant un an une expérience qu'elle pourrait mettre à profit ensuite en étant PF. Après avoir bien réfléchi, Elisa préféra ne pas prendre une position hiérarchique dans l'équipe, d'autant plus qu'elle partait quelques mois en congé sabbatique et retrouverait son poste à son retour.

Après douze mois où le travail avait occupé une place prépondérante dans leur vie, toutes les NP souhaitaient trouver un meilleur équilibre et pouvoir s'investir davantage dans leur vie personnelle. Elles avaient pris la mesure de ce que voulaient dire les horaires irréguliers : si elles y trouvaient des avantages, socialement ce fut générateur de tensions. Elles ont toutes été surprises de constater à quel point il leur était difficile de se rendre disponibles : des rencontres à plusieurs devaient forcément être organisées longtemps à

l'avance, c'étaient souvent les autres, ceux qui avaient des horaires réguliers, qui devaient s'adapter à leur planning, ou alors, elles étaient trop fatiguées et préféraient annuler comme elles travaillaient le lendemain. Des tensions importantes sont apparues au fil de l'année chez les six NP qui travaillaient à plein-temps, allant de la culpabilité à la colère face à l'incompréhension de certaines personnes de leur entourage. Cela les a amenées à prioriser leurs différentes relations, privilégiant leur famille et leurs amis (amoureux, proches) qui étaient des ressources importantes pour elles et mettant une certaine distance avec d'autres. Alors qu'en début d'année, elles appréciaient et avaient même besoin de rencontrer d'anciennes collègues d'études pour échanger leurs expériences, elles regrettaient parfois de parler encore du travail. Elles avaient clairement besoin de s'ouvrir à d'autres sujets.

Agathe, Judith et Cléa ressentaient une certaine frustration face au regard des « non-soignants » sur leur profession. Elles se sentaient dévalorisées par une représentation relativement stéréotypée des infirmières et une sous-estimation des responsabilités qu'elles assumaient au quotidien. Pourtant, c'était là un de leurs grands apprentissages de l'année : elles avaient pris la mesure de toute la complexité de leur activité professionnelle, dans le sens où Nadot (2013) la décrit. Nous pourrions dire que durant l'année, elles sont passées d'une conception de leur rôle essentiellement axé sur le patient, avec une dimension autonome (SC3), une autre médico-déleguée (SC2), et une prise en compte des demandes et contraintes institutionnelles (SC1) pour lui offrir les meilleurs soins possible à une véritable découverte de leur rôle d'intermédiaire culturelle (SC4) en expérimentant au quotidien les tensions et les contradictions des différents systèmes culturels et leurs répercussions sur leurs pratiques. Elles avaient besoin d'une reconnaissance de la part de leurs proches, pas d'elles-mêmes comme infirmières puisqu'elles ne les soignaient pas, mais plutôt du corps professionnel dont elles étaient des représentantes. Elles attendaient une reconnaissance de la valeur de leur travail en référence à ses exigences et ses responsabilités et pas seulement, comme c'est souvent le cas, du mérite de s'occuper des malades avec tout ce qui est sous-tendu d'éléments désagréables auxquels on préfère ne pas penser.

Après un an, Agathe et Cléa se demandaient pendant combien de temps elles allaient encore pouvoir travailler à 100 %. Toutes deux auraient déjà souhaité diminuer leur temps de travail, mais elles ne le pouvaient pas encore pour des raisons financières ou alors, pour Cléa, pour ne pas décevoir un parent qui ne comprenait pas son besoin. Toutes les deux parlaient de projet futur de bébé qui légitimerait la baisse du temps de travail. Elisa, après trois mois à 100 % à la maternité, a progressivement baissé son temps de travail jusqu'à 70 %. Avec des horaires en 12 heures, elle était satisfaite, elle était la seule à estimer avoir trouvé un équilibre satisfaisant. Sabina, dans son second poste, avait choisi de travailler à 90 %. Judith, Charline et Roxanne voulaient continuer à 100 %, par contre il était évident pour elles qu'elles devaient pouvoir prendre plus de recul par rapport au travail.

12.3.2 Evaluation de la fin d'année

Dans les institutions de soins où travaillaient les NP, une évaluation annuelle de chaque employé avait lieu. Charline, Cléa, Judith, Roxanne et Agathe furent reconnues tout à fait compétentes et cet entretien fut valorisant. Ce fut aussi l'occasion de nommer un certain nombre de tensions liées au fonctionnement en équipe. Il y avait moins de décalage entre les évaluations des NP et celles des ICUS, ce qui peut être vu comme un indicateur de leur satisfaction identitaire : elles osaient se reconnaître elles-mêmes comme bonnes, même si elles n'étaient pas parfaites. Leur soi idéalisé du départ, omniscient et omnipotent, est devenu un soi idéal, teinté de plus de réalisme, qui peut les guider sans les écraser. Il peut également s'agir d'un indicateur de leur appropriation du « genre professionnel » de leur équipe, d'où la possibilité de reconnaître la qualité de leur travail à l'aune d'une référence qui les dépasse (Clot).

Le bilan d'Elisa après sept mois à la maternité était très favorable puisqu'on lui proposait de prendre encore plus de responsabilité. Elle a été particulièrement valorisée pour avoir amené de la cohésion et de la légèreté dans la dynamique d'équipe. Elle qui souhaitait au début de l'année ne pas trop s'impliquer dans les groupes a constaté que le travail commun au quotidien, dans la durée, conduisait obligatoirement à une implication plus importante qu'elle ne l'imaginait (Agathe et Roxanne firent le même constat). Sa singularité s'avérait profitable pour tout le monde. Quant à Sabina, la fin de sa première année correspondait au bilan des trois mois d'essai dans son nouveau service. Elle s'y sentait bien, reprenait confiance dans une véritable CP, où les échanges étaient fréquents et où l'organisation favorisait l'apprentissage en commun. Son expérience précédente la rendait vulnérable, elle était peu confiante, mais elle pouvait aussi en retirer des connaissances utiles à son équipe actuelle : c'était une posture inédite jusqu'alors. L'évaluation avec sa nouvelle ICUS était satisfaisante mais généra une certaine frustration chez Sabina. Dans son besoin de reconstruction, elle aurait souhaité une reconnaissance plus appuyée. Elle se rassurait au fil du temps, mais percevait encore une menace diffuse au-dessus de sa tête, des peurs ressurgissant au moindre accroc (oubli par exemple). Néanmoins, son identité était reconnue, elle pouvait continuer son évolution, tout en se préservant.

12.4 Spécificités de la construction identitaire des NP

L'analyse du parcours d'insertion des NP à l'aide de la théorie « des dynamiques identitaires » de Kaddouri a permis de mettre en évidence les grandes tendances d'un processus identitaire en évolution constante durant la première année, avec peu de sentiment de rupture entre la formation et l'entrée dans le monde du travail, ce qui ne veut pas dire pour autant sans aspérité. Le rapport aux autres significatifs que sont les collègues s'est transformé dans le court de l'année en fonction des attentes et des besoins identitaires des NP et se révélait comme un indicateur de l'évolution dans l'activité elle-même. Malgré des profils différents, une intégration dans des milieux variés, les NP ont maintenu un sentiment de cohérence identitaire tout au long de l'année. Si les tensions identitaires ont varié en fonction des contextes, les NP sont parvenues à mobiliser des

ressources suffisantes (cognitives, méthodologiques, affectives, sociales) pour parvenir à faire leur travail et démontrer qu'elles étaient des infirmières compétentes et des collègues appréciables.

Leur attitude face à l'insertion y a contribué : aucune NP ne se considérait comme « un produit fini » et cette première année représentait un prolongement de la formation dont elles allaient devoir déterminer le programme en fonction des expériences réalisées, de leurs attentes et de celles des autres significatifs. Si leur diplôme de généraliste représente de prime abord un frein à l'insertion dans des milieux spécialisés, nous pouvons aussi nous demander jusqu'à quel point il ne favorise pas la prise de conscience par les NP d'une nécessité de poursuite d'un développement de manière consciente et volontaire, les plaçant dans une conception d'apprentissage tout au long de la vie. Cette conception n'était cependant pas partagée par nombre de services, surtout en médecine et chirurgie nous l'avons vu, où les attentes d'opérationnalité immédiate ont créé des tensions identitaires fortes dans les débuts. Malgré tout, force est de constater qu'après un an, elles étaient reconnues comme des infirmières comme les autres dans leur service respectif. Sabina se démarquait des autres NP par les difficultés rencontrées et la mise en doute de ses compétences, par elle-même et par autrui. Les stratégies qu'elle a élaborées lui ont permis de se reconstruire progressivement, individuellement mais aussi au sein d'un nouveau collectif. Les stages réalisés durant la formation en alternance ont représenté un socle sur lequel elle a pu reprendre appui pour démarrer dans le second poste qui présentait un double enjeu : corriger la mauvaise image d'elle-même en l'attribuant aux particularités de son premier poste, et voir confirmer son identité d'infirmière et sa place dans la profession.

Un certain nombre de tensions identitaires émergeant au décours de cette progression peuvent être utiles pour anticiper un soutien, entre autres en diminuant certains obstacles liés à l'environnement ou en accompagnant certaines activités. C'est sur ces aspects que nous concluons cette recherche dans le chapitre suivant.

13. Recommandations pour la formation et les milieux qui accueillent de nouvelles professionnelles infirmières

L'analyse des sept parcours pose un certain nombre de questions concernant la formation et les milieux qui accueillent les nouvelles professionnelles après leur diplôme. En guise de conclusion, nous allons émettre un certain nombre de recommandations en référence aux événements étudiés préalablement. Nous accorderons une attention particulière au développement du raisonnement clinique et du jugement clinique, à la prévention des erreurs, à la préparation et à l'entraînement au travail en équipe disciplinaire et interdisciplinaire. Cette recherche concerne un nombre limité de NP, nous ne nous permettrons donc pas d'en tirer des généralités, toutefois certains des obstacles rencontrés ont également été mis en évidence dans d'autres recherches et certains font l'objet d'étude au niveau mondial (formation et collaboration interprofessionnelle).

13.1 Changements dans la formation et le système de santé depuis 2012

13.1.1 Changements dans la formation

Depuis que cette recherche a débuté, le plan d'études cadre (PEC) a été modifié, conduisant à l'élaboration d'un nouveau programme qui a débuté en 2012. Deux raisons motivaient ce changement : d'une part, la KFH²² (Conférence des recteurs des hautes écoles spécialisées suisses) a défini de nouveaux référentiels de compétences pour les filières du domaine Santé. Ceux-ci s'articulent autour des sept mêmes rôles pour toutes les professions HES (infirmières, sages-femmes, physiothérapeutes, techniciens en radiologie médicale, ergothérapeutes et diététiciennes).



²² KFH : Konferenz der Fachhochschulen

Ces rôles se déclinent en compétences génériques valables pour toutes les professions et en compétences spécifiques, particulièrement au niveau du rôle d'expert-e qui est là compris comme lié « à un savoir et une pratique professionnels qui permettent d'explicitier un jugement propre à son champ disciplinaire et d'intervenir dans les débats le concernant » (HES-SO, 2012, p.22).

La deuxième raison de ce changement est liée à la modification des conditions d'admissions au niveau Bachelor. Pour rappel, la formation des NP de cette recherche était de quatre ans avec un titre d'infirmière HES à la clé. La promotion qui les a suivies a obtenu un titre d'infirmière Bachelor en trois ans. Pour y entrer, les candidates issues d'une filière académique du secondaire II (Maturité gymnasiale ou Ecole de culture générale (ECG)) devait suivre une année préparatoire spécifique à la filière soins infirmiers (22 semaines de cours et d'ateliers et 10 semaines de stage « soins infirmiers »). Son organisation et son contenu correspondaient à la première année HES. Les bénéficiaires d'un CFC du domaine santé avec maturité professionnelle accédaient (c'est toujours le cas) directement au Bachelor en raison de leurs connaissances professionnelles ainsi que de leurs expériences de stage. Formellement, la plupart des étudiantes réalisaient quatre ans d'études.

Dès 2011, l'année préparatoire spécifique à une filière santé a disparu au profit d'une préparation à l'accès au domaine Santé au sens large, valable pour l'ensemble des filières (4 semaines de cours et 10 semaines d'ateliers, 8 semaines de stages dans la santé et 6 semaines d'expérience pratique dans le monde du travail). Depuis 2012, l'accès à une formation Bachelor est conditionné à l'obtention d'un titre de maturité. Si c'était déjà le cas pour les collégiennes et les CFC, principalement des ASSC, il n'en allait pas de même pour les élèves des ECG : il fallait donc qu'ils puissent acquérir ce titre. Cette année de préparation, dont le programme est assuré par la Haute école de santé, s'adresse donc à deux publics : d'une part les collégiens, déjà en possession d'une maturité, mais qui doivent réaliser des modules complémentaires afin d'acquérir certaines bases de connaissances professionnelles et découvrir le monde du travail. L'école HES en est responsable. D'autre part, les élèves des ECG qui, en plus de l'acquisition des composantes professionnelles, doivent réaliser un travail de maturité pour obtenir une maturité spécialisée santé. Les ECG en sont responsables et mandatent la HES pour la dimension professionnelle du cursus. Nous le voyons, fondamentalement, il y a un raccourcissement de la formation spécifique, sauf pour les détentrices d'un CFC, ce qui renforce les questions en lien avec l'insertion. Les premières professionnelles qui sont issues de ce nouveau programme, sont arrivées dans leur premier poste durant l'automne 2015.

13.1.2 Changements dans le système de santé

Ces dernières années, la restructuration du système de santé s'est poursuivie, essentiellement dans une logique de densification des structures, une réorganisation en centre de compétences et une augmentation des secteurs ambulatoires et extra-

hospitaliers. L'introduction des forfaits par cas (*Diagnosis related groups* (DRG)) pour le financement hospitalier, et avec eux la mise en concurrence des institutions de soins, a accru la pression sur le personnel. Les mots « rentabilité » et « efficacité » ont pris encore davantage d'ampleur dans la bouche des politiques et des cadres de santé. Les DRG s'établissant principalement à partir des diagnostics médicaux, la prise en compte des soins infirmiers dans le calcul du forfait par cas s'avère insuffisante. Des groupes d'intérêt travaillent à mettre en évidence l'activité infirmière afin que celle-ci soit mieux rétribuée. De la même façon, la prise en compte de la formation et du perfectionnement professionnel du personnel médical doit être revue, puisque, actuellement, les institutions formatrices sont pénalisées. De ce bref tableau, nous constatons que les préoccupations à l'origine de cette recherche sont plus que jamais d'actualité.

Nous allons donc nous interroger sur comment la formation d'abord, puis les milieux qui accueillent des NP, peuvent davantage préparer, soutenir et faciliter la transition entre l'école et le monde du travail.

13.2 Une formation qui réponde aux besoins actuels et prépare aux défis du futur

Une des lignes de tension entre la formation et le monde du travail se situe probablement au niveau de leurs attentes en regard du mandat qui leur est confié. « La formation professionnelle, telle qu'elle est envisagée dans le domaine Santé de la HES-SO, ne vise pas seulement à préparer au travail, à un métier, mais bien à l'exercice d'une profession en permanente évolution » (HES-SO, 2012, p.15). Les hautes écoles spécialisées sont chargées de former des professionnelles capables de s'ajuster au système de santé suisse actuel (dans ces différentes composantes), d'où l'orientation généraliste. La formation en alternance vise à un apprentissage au plus près de la complexité des situations de soins et au développement d'une posture de praticienne réflexive, entre autres par la gestion des inévitables tensions liées à la confrontation entre savoirs théoriques et pratiques. Simultanément, les écoles doivent préparer les étudiantes à agir dans un univers dont l'évolution est extrêmement rapide, que ce soit au niveau des savoirs, des structures, des technologies, etc.

Avec la pénurie de personnel soignant annoncée pour 2030, l'enjeu de conserver ces nouvelles professionnelles dans le monde du travail le plus longtemps possible est d'envergure. Si les employeurs en reconnaissent pleinement l'importance (le PEC a été validé lors d'une consultation), leurs attentes sont par contre davantage liées à l'ici et maintenant, d'autant plus avec les contraintes socio-économiques actuelles. Pourtant, pour assurer le maintien des infirmières dans la profession, formation et monde du travail ne peuvent pas se contenter de se renvoyer la balle, ils sont concernés tous les deux. La première année de travail s'avère cruciale pour la poursuite de l'activité professionnelle. Le niveau de préparation des NP en est une des clés, les conditions de l'insertion et de travail en général en sont une autre. Des aménagements sont donc à envisager de part et d'autre.

En ce qui concerne les NP de cette recherche, elles se sont considérées comme bien formées de manière générale. Après avoir travaillé dans quatre services différents, Elisa constatait ceci :

La grosse ressource, ou l'avantage d'avoir changé, c'est que je me suis rendu compte que les débuts sont toujours difficiles, donc j'ai l'impression que même dans 50 ans, si je change de service, ce sera difficile. Mais que finalement, avec le bagage qu'on a, on sera jamais paumée à 100 %, on arrive toujours à se débrouiller avec un peu de temps, et de compréhension. (Elisa, E5, p.115-116)

13.2.1 Développement du raisonnement et du jugement clinique

Toutes les recherches sur l'insertion professionnelle des infirmières, y compris celle-ci, mettent l'accent sur la difficulté majeure que représentent le raisonnement clinique et le jugement qui en découle pour les NP. Comme nous l'avons vu (cf. p.93), il s'agit d'articuler les éléments recueillis lors d'un examen physique ou d'un entretien avec des savoirs théoriques et expérientiels afin d'élaborer des hypothèses de compréhension des phénomènes ou des problèmes de santé actuels ou potentiels d'un patient. Après détermination de l'hypothèse la plus probable, l'infirmière va proposer l'offre en soins la plus pertinente pour ce patient-là. Cette démarche vise à la personnalisation des soins : le malade n'est plus « objet de soin », mais un acteur participant aux décisions le concernant. Son expérience de la maladie et du traitement, son rapport à la vie, ses attentes ainsi que ses ressources sont des éléments à prendre en compte à chaque étape de l'analyse. Comme le signale Psiuk (2006), pour assurer des soins de qualité, il est nécessaire de prendre en compte le décalage entre la théorie de la maladie du médecin ou de l'infirmière et celle du patient. Et, finalement, le raisonnement et le jugement clinique nécessitent la prise en compte du contexte institutionnel, de sa culture et de ses ressources afin de déterminer une offre en soins réalisable.

Nous le voyons, cette démarche d'analyse se révèle d'un haut niveau de complexité en ce qu'elle articule :

- Des savoirs théoriques et d'expérience (diagnostics infirmiers, anatomie-physiologie, physiopathologie, pharmacologie, psychologie, communication, etc.) ;
- Des savoir-faire et des savoir-être (relation d'aide, évaluation clinique systématique, techniques de soins, etc.) ;
- Des compétences dans la gestion de ses processus mentaux (cognition, métacognition, pensée critique, réflexivité) ;
- Des connaissances méthodologiques à différents niveaux :
 - Démarche d'analyse de situation, de problématisation, de résolution de problème ;

- Recherche et analyse critique de littérature scientifique, recherche et utilisation des données probantes EBN²³ (*evidence based nursing*) pour déterminer l'offre en soin.

Le raisonnement clinique s'appuie sur deux types de processus de décision (Dallaire & Dallaire, 2008) : l'un est *analytique*, conscient, plutôt linéaire, et se retrouve prioritairement chez les novices et les débutantes (Benner, 1995). Les données récoltées sont partielles, il y a de la difficulté à hiérarchiser leur pertinence, ce que nous avons observé chez les NP. Le second processus décisionnel est *intuitif*, prend en compte la globalité de la situation, et s'appuie sur des connaissances approfondies et cumulatives acquises de la pratique et du savoir existant. Il est caractéristique de l'infirmière experte qui l'utilise en priorité, mais qui peut aussi revenir à un processus analytique face à une situation inédite ou qui n'entre pas dans les schèmes issus de son expérience. Dallaire et Dallaire (2008) insistent : « le développement du jugement clinique ne résulte pas seulement de l'accumulation de l'expérience, mais aussi d'une capacité d'analyser les effets de sa pratique ainsi que de l'ajout de connaissances » (p.281). La réflexivité et la métacognition en sont donc des compétences indispensables. Sans analyse, l'expérience peut contenir des connaissances erronées susceptibles de conduire à des prises de décisions inadaptées, de même que les savoirs disponibles ne suffisent pas forcément à compréhension de la situation dans sa globalité. Le raisonnement clinique est fréquemment implicite chez les infirmières expérimentées, de ce fait les étudiantes ou les NP n'y ont que peu accès (Dallaire & Dallaire, 2008; Psiuk, 2006).

Nous avons considéré dans notre recherche combien la capacité de raisonner en situation était un paramètre important dans leur sentiment d'être des professionnelles. Cela concerne évidemment l'ordonnancement des programmes d'études, autant au niveau des contenus que des dispositifs d'enseignement. A travers l'expérience des sept NP, nous pouvons soulever des points qui mériteraient dans tout programme de formation d'être pensé. Nous avons vu que les NP tenaient particulièrement à avoir une réflexion sur leur pratique, un idéal que leur avait transmis leur formation et qui ne pouvait parfois pas être mis en œuvre à cause du contexte des soins et de la surcharge de travail. Mais c'est bien dans cette direction que l'élaboration des formations aurait à se tenir.

Développement des connaissances : lesquelles et comment?

A l'origine d'un raisonnement clinique se trouve soit le repérage de signes et symptômes qui vont amorcer une démarche hypothético-déductive, soit des inférences à partir des connaissances de la soignante qui lui permettent d'anticiper des problèmes potentiels. Dans les deux cas, des connaissances solides et précises sont indispensables pour réaliser une récolte de données ciblée et systématique, pour construire des hypothèses et déterminer le choix des outils pertinents pour une compréhension globale de la situation

²³ « La pratique basée sur les résultats probants est l'intégration des meilleurs résultats de recherche avec l'expertise clinique et les valeurs de la/du patient-e pour faciliter la prise de décision clinique. Cette dernière doit prendre en considération l'état clinique de la/du patient-e, le milieu clinique, et les circonstances cliniques. »

du patient. Avec le savoir s'acquiert également un vocabulaire spécifique qui va permettre la collaboration entre les différents professionnels de la santé. L'apport de savoirs théoriques par la formation est donc important, autant en ce qui concerne les sciences médicales, les sciences infirmières que les sciences humaines. La détermination de ces savoirs pertinents n'est pourtant pas simple, entre autres parce que la formation de généraliste implique un champ de connaissances très étendu et une grande diversité des contextes de soins. Leur transférabilité est également un élément à prendre en compte.

Nous avons vu qu'en médecine et particulièrement en chirurgie, les connaissances spécifiques au domaine biomédical étaient chez les NP soit présentes mais modérément opérationnelles, soit déficitaires et représentaient un obstacle lors de la prise de poste. Roxanne relativisait les manques de la formation :

Et la théorie que j'ai vue, aussi c'est des ressources. [...] Les pathologies qu'on a vues, voilà, ça reste quand même des ressources. C'est des manques en étant des ressources. Celles qu'on a vues, on les a vues à fond, et ça c'est une bonne chose, par exemple le diabète ou ce genre de pathologies, on les a vues mais on les a vues vraiment bien. Mais y en a tellement, mais en même temps c'est quatre ans, on peut pas non plus tout faire. (Roxanne, E6, p.186)

Tout ne peut pas être appris à l'école, les autres NP en étaient également conscientes, néanmoins, ces manques étaient difficiles à vivre et représentaient un frein pour agir. Cela veut-il dire qu'il faudrait tout de même renforcer spécifiquement les contenus pour ces deux domaines ? Cela ne va de soi. Tardif (1997) rappelle que la première étape de la construction d'une connaissance est très contextualisée, au point de ne pas pouvoir être envisagée hors de son contexte. Perrenoud (1997), quant à lui, souligne que le besoin de transfert est aussi lié à la mobilité des individus, la valeur d'usage d'un savoir n'est donc pas forcément liée à « son potentiel de réinvestissement ». Pour quelqu'un qui resterait en permanence dans un même contexte, le besoin de transférer serait faible ou il s'agirait de transfert dans une grande proximité qui se réalise de manière quasi automatique. La formation de généraliste demande une capacité à transférer importante, la pratique plus spécialisée par la suite pourrait en demander moins, ce qui peut expliquer la différence de perception des enjeux entre la formation et certaines institutions.

Dans tous les cas, durant la formation, la connaissance a à être envisagée hors du contexte initial de son apprentissage pour qu'elle puisse être reconnue comme pertinente dans d'autres situations. Il est donc nécessaire de permettre, à travers différentes options didactiques, sa recontextualisation et sa décontextualisation. Le besoin de transfert n'est pourtant pas le même pour toutes les connaissances : par exemple, nombre de pathologies médicales (diabète, insuffisance cardiaque, etc.) seront rencontrées fréquemment dans tous les domaines et tous les lieux de pratique, un bon niveau de maîtrise s'avère donc indispensable, ce que démontre Roxanne. Les connaissances générales péri-opératoires en lien avec les grandes classes d'opération (par laparotomie – « à ventre ouvert » – ou par laparoscopie, en chirurgie viscérale ou en orthopédie, etc.) ou en lien avec les modes d'anesthésie (anesthésie générale, péridurale, etc.) concernent également tous les secteurs

où de la chirurgie se réalise. Par contre, la spécificité de la chirurgie de l'épaule ne concernera qu'un nombre limité de lieux de pratique et de professionnelles.

Au niveau de la détermination des savoirs à développer dans un programme de formation, il y a donc une discrimination à réaliser entre des savoirs qui sont à travailler en tant que tels et d'autres où l'optique visera surtout la possibilité d'inférence à partir de pathologies ou de modes de prise en charge emblématiques. Psiuk (2012) met en évidence, par rapport au raisonnement clinique, le besoin de connaissances à trois niveaux : le premier qui permet de collaborer à l'identification des maladies et à leurs surveillances ; le deuxième par lequel se réalise le dépistage des risques liés à la maladie et à son traitement ainsi que des facteurs de risque induits par les réactions humaines physiques et psychologiques ; le troisième, de type humaniste, qui offre l'opportunité à l'infirmière de comprendre les comportements des patients, leur manière différenciée de vivre et de s'adapter à la maladie.

Dans la pondération de ces choix pourrait intervenir également d'autres considérations. La prise en compte des lieux de pratique les plus fréquents après le diplôme justifierait de mettre un accent plus fort sur des domaines malgré leurs particularités. Par exemple, la gravité et l'urgence dans la prise en charge des situations de patients en médecine et en chirurgie nécessitent des connaissances rapidement mobilisables. Par contre, nous l'avons vu, un couplage avec les stages est nécessaire pour atteindre cet objectif. Cependant, bon nombre de NP débutent leur carrière en psychiatrie, et, en ce qui les concerne la problématique n'est pas du tout la même, même si elles travaillent, elles aussi, dans des domaines aigus. Comme pour les NP qui étaient aux soins à domicile ou en home, les connaissances liées aux patients, à leurs réactions possibles face à la maladie, à leurs ressources et stratégies d'adaptation ainsi qu'une certaine aisance dans la relation d'aide semblent offrir une assise suffisante pour que le raisonnement clinique soit moins angoissant.

Nous avons vu que chez les sept NP, la prise de conscience d'un manque de savoirs a été un élément de déstabilisation mais également de mise en mouvement pour les acquérir en situation. Aucune formation ne peut prétendre à être parfaitement adéquate et à avoir permis l'acquisition de toutes les connaissances nécessaires à l'exercice de la profession dans tous les contextes de soin. Si elle peut réfléchir comme nous venons le voir sur les connaissances prioritaires, facilement transférables, elle aurait peut-être aussi à nommer l'épreuve de ce manque et la manière dont une NP peut s'y prendre pour n'être pas submergée par son sentiment d'incompétence.

Favoriser le développement du raisonnement clinique

Cette détermination des savoirs par l'école n'est qu'une première étape, nous venons de le voir. Il s'agit ensuite de favoriser leur transformation en connaissances. Le choix des stratégies pédagogiques est donc tout aussi déterminant, d'autant plus qu'il vise également à entraîner les processus cognitifs telle que la métacognition et la réflexivité. La formation en alternance, en ce sens, est un atout important, pour autant qu'elle soit véritablement intégrative. A la HEdS-FR, le parcours de six stages en Bachelor comporte

des contraintes minimales : toutes les étudiantes vont aller au moins une fois en psychiatrie, en médecine ou chirurgie, vont travailler auprès de la personne âgée et en contexte extrahospitalier. Depuis 2008, la dernière année comporte deux périodes de formation pratique de huit semaines chacune : l'option de la HEdS-FR, qui se différencie de celles des autres écoles HES, est de laisser les étudiantes dans le même service pour les deux périodes afin de leur permettre de développer davantage d'autonomie et des compétences plus poussées dans l'organisation et le travail en équipe. Cependant, le parcours de stage de l'étudiante ne suit pas forcément le programme modulaire théorique : pour certaines, l'expérience du terrain précède les cours, pour d'autres elle les suit, tout de suite ou plusieurs mois plus tard. Nous le voyons d'emblée l'articulation théorie-pratique peut s'avérer bien différente selon les étudiantes, en fonction de leurs représentations des domaines et des contextes. Alors qu'à la fin de la formation, Charline estimait le nombre de stages insuffisant, son regard s'est modifié par la suite :

En fait, moi j'ai trouvé bien, maintenant avec du recul, bien. Je dirais que peut-être heureusement que pendant les stages, ça s'est toujours bien passé pour moi, sinon je dirais que, effectivement, y a peut-être pas assez de stages. Mais si on est preneuse du stage, je crois que la formation elle est finalement bien construite. (Charline, E6, p.55)

L'enjeu semble donc bien lié aux possibilités d'articulation théorie-pratique, l'école et les terrains y contribuant, de même que la NP en mobilisant ses propres stratégies d'apprentissage et en exploitant toutes les ressources possibles.

L'analyse de situations complexes, au plus proche de la réalité des terrains, favorise la décontextualisation et recontextualisation des savoirs. Elle a donc à être retenue dans toute pensée de la formation. Ainsi, Roxanne disait :

Moi, tout ce que j'ai beaucoup aimé, c'est tout ce qu'on a pu analyser par situation, justement le SC1, SC2, SC3. Pour moi, ça c'est des ressources les systèmes culturels, je veux dire, moi j'ai adoré ça, j'ai adoré faire des liens avec la vie privée, la pathologie, la ci, la ça, ça c'est un truc que j'ai vraiment beaucoup aimé et que je peux utiliser. (Roxanne, E6, p.186)

La diversité des situations et des contextes est à valoriser, ainsi que le développement de stratégies pour la démarche d'analyse. Le travail en groupe qui tient compte de la variété des expériences des étudiantes s'avère profitable : l'étudiante qui est déjà allée en stage dans un domaine peut amener des éléments contextuels qui facilitent la représentation de cet environnement par les pairs, et ces dernières en questionnant ce qu'elle rapporte peuvent mettre en question des compréhensions erronées, voire des manières de faire peu conformes aux bonnes pratiques. Nous avons vu que l'acquisition du jugement clinique se faisait sur le terrain par la nécessaire collaboration entre pairs. Favoriser dans la formation les travaux de groupe avec un souci de nommer aussi les phénomènes qui peuvent s'y passer et qui empêcheraient la construction collective d'une connaissance en situation est important. Les NP s'y sont confrontées, avaient-elles les outils d'analyse pour y faire face ? Parfois oui, parfois non.

La présence des formateurs dans ce type d'activité est très importante. Leur rôle est avant tout de soutenir les questionnements, d'inciter à expliciter les savoirs utilisés, les hypothèses formulées et de justifier les options déterminées. Les formateurs interviennent surtout sur le processus du raisonnement clinique, ce qui n'exclut pas la clarification de connaissances erronées ou partielles ou la mise en évidence de manques qui devraient être comblés. L'apport de leurs propres expériences professionnelles est également important : par des exemples, ils peuvent illustrer des concepts, ou démontrer leur manière de raisonner. L'encadrement dans ce type d'activité a donc à être davantage en proximité au début de la formation, avec un soutien sur toutes les étapes du processus, tant sur le fond que sur la forme. Les situations vont se complexifier au fil du temps et des expériences, et la guidance a à être évaluée au fur et à mesure, pour laisser de plus en plus d'autonomie, mais avec des pointages sur les étapes-clés du processus décisionnel.

L'analyse des situations vécues par les étudiantes est particulièrement importante. Durant les stages, ce sont les PF qui réalisent prioritairement ce travail avec elles. L'accompagnement dans la cognition, la métacognition et le processus réflexif est complexe et c'est une des compétences développées par la formation des PF. Leur rôle à ce niveau est prépondérant à l'heure actuelle. Nous l'avons signalé, le raisonnement clinique est souvent implicite chez les professionnelles. Si le processus n'a rien de nouveau, la terminologie est récente : les infirmières des services peuvent être déstabilisées par des stagiaires qui les interrogent à ce sujet, se sentir prises en défaut en ne parvenant pas à expliciter leurs décisions. Les PF, par leur relation avec l'école, peuvent jouer un rôle de relais entre étudiantes et diplômées au sein des services. A l'heure actuelle, des formations continues sont organisées pour les infirmières diplômées afin de leur permettre d'approfondir et de formaliser leur jugement clinique. En attendant, le développement de cette compétence chez les étudiantes peut représenter une source de tensions avec l'équipe soignante. Néanmoins, ce travail en situation est particulièrement profitable parce qu'il permet à la fois une analyse de situation (celle du patient) et une analyse de pratique (celle de l'étudiante), avec la possibilité de vérifier les hypothèses et de mettre en application les apprentissages réalisés dans la suite de la prise en charge si le patient est toujours présent. Les NP, dans les entretiens cliniques que nous avons menés durant la première année d'entrée en fonction, semblaient particulièrement tenir à cette capacité réflexive qu'elles avaient construite dans la formation. Le heurt avec le terrain fait partie du décalage entre l'évolution d'une formation et les pratiques habituelles d'une profession. Là encore ce heurt a à être nommé, non en forme de jugement mais de problème qui peut être rencontré et avec lequel il s'agit d'œuvrer pour que l'apport de cette compétence soit finalement un enrichissement pour la communauté de pratiques d'un lieu donné.

Analyse de pratique

Dans le cadre de la HEdS-FR, un autre temps d'analyse s'avère précieux, les NP l'ont évoqué : il s'agit des analyses de pratiques réalisées à l'école. Durant l'entier de la formation, les étudiantes sont réparties en groupes de maximum dix, accompagnés chacun par une professeure de l'école et une PF. La constitution du groupe est constante durant

les trois ans afin de créer un « espace protégé » (Bourgeois, 2009c), où la parole sur les expériences de la pratique peut être le plus libre possible et où un savoir commun se co-construit progressivement. Il y a quelque chose de l'ordre d'une communauté de pratique. Les rencontres ont lieu deux fois/stage, une fois au milieu, une fois à la fin, soit environ 4x3 heures/an. Si, pour certaines étudiantes, le dispositif peut parfois représenter un doublon avec les temps de travail hebdomadaire avec les PF, il est appréciable pour la plupart de se trouver hors des enjeux d'appartenance ou de l'évaluation présents dans le stage. Les tensions repérées entre la formation et le terrain peuvent d'autant mieux se dire que le duo d'expertes n'est pas impliqué directement ; par contre, comme elles représentent chacune une de ces instances, des messages peuvent leur être adressés. Leurs propres pratiques de professeure ou de PF sont donc également mises en question durant ces interactions. Si au début, le fonctionnement est plutôt celui d'une supervision où les expertes sont un repère constant, au fil du temps, elles tendent à se mettre en retrait pour que se développe essentiellement une intervision entre pairs.

Les analyses de pratiques ne servent pas que le raisonnement clinique même s'il y est très présent. Elles interrogent toutes les pratiques, y compris celles de stagiaire, d'étudiante, de soignante et de membre d'une équipe. Elles sont un lieu privilégié pour développer leur réflexivité, mettre en évidence des pierres d'achoppement individuelles ou collectives, trouver des stratégies de résolution. Les étudiantes autour de la table représentent tous les types de terrains de stage : en s'écoutant les unes les autres, elles peuvent anticiper sur leurs futurs stages ou alors tirer des liens avec leurs propres expériences. Tous ces processus servent l'acquisition de compétences métacognitives mais également méthodologiques, utiles au raisonnement et au jugement clinique.

Cette opportunité était présente pour les NP avec qui nous avons mené nos entretiens cliniques. Nous avons constaté que toutes gardaient après une année cette « volonté » de penser les situations de soins et institutionnelles dans lesquelles elles étaient prises (Cf. point 13.3.2).

13.2.2 Développement de savoir-faire et savoir-être à travers la simulation

Développement des compétences relationnelles

La récolte de données constante indispensable au raisonnement clinique repose sur un certain nombre de savoir-faire. Pour accéder au patient, à son expérience singulière de la maladie, à ses attentes et besoins, les compétences dans la relation d'aide sont centrales. Les NP signalent toutes qu'elles se sentaient à l'aise au niveau de leurs compétences relationnelles, qu'il s'agissait d'un de leurs points forts :

C'est clair que notre point fort, c'est cette approche relationnelle quand même avec une vue qu'on essaie d'avoir, euh de globale, et ça je trouve que c'est super important. (Agathe, E4, p.24) Je pense aussi que les atouts relationnels sont très très importants. (Elisa, E5, p.115)

Apprendre à se centrer sur l'autre, à l'écouter activement, à faire preuve d'acceptation chaleureuse, d'empathie et de congruence (Rogers, 1984) passe prioritairement par

l'expérimentation. La simulation, qui est largement utilisée dans les formations en soins infirmiers, permet l'exercice sans exposer le patient au danger. Des concepts et des techniques sont nécessaires au développement des compétences relationnelles, mais c'est par la répétition et l'analyse d'entretiens réalisés qu'elles se construisent. Les *jeux de rôle* représentent une didactique de choix à cet effet. Toutefois, des précautions sont à prendre car cette activité vise également à favoriser des prises de conscience, autant cognitives qu'affectives, sur les aptitudes et les attitudes des étudiantes lors des interactions et leur répercussion dans la réalisation de l'activité. En ce sens, l'expérience peut être éprouvante : il n'y a pas de médiation par un objet, comme c'est le cas par exemple lors d'une technique de soin, ce sont vraiment « elles », comme personnes et soignantes, qui sont observées par autrui. Nous avons vu comment, pour Charline, alors même qu'elle était diplômée et validée par son équipe, il pouvait être menaçant de s'exposer lors de cette activité spécifique. Agathe signale également le travail sur soi mis en mouvement par ces exercices :

C'était quand même important dans toutes les situations qu'on avait pu traiter de crise, d'accompagnement, ça je pense que c'était un point fort de l'école, on a pas mal appris. On a pu aussi un peu faire du développement de soi et tout ça pour être bien par rapport à la relation, alors ça je pense c'était un point fort. (Agathe, E6, p.24)

Il est donc primordial, comme pour les analyses de pratique, de pouvoir évoluer dans un « espace protégé ». Les jeux de rôles peuvent prendre des configurations très différentes, en fonction des buts poursuivis. Dans un premier temps, il s'agit souvent d'entraîner les techniques de communication (reformuler, refléter, synthétiser, etc.) entre deux étudiantes alternant le rôle d'aidante et d'aidée. Travailler en tenant compte des représentations fréquentes des étudiantes qui pensent que les compétences relationnelles ne s'apprennent pas (« on les a ou on ne les a pas ») est indispensable. Cet exercice, souvent laborieux au début en raison de l'artificialité induite par la réflexion « en direct » sur ce qui se dit, vise une appropriation progressive de ces stratégies, pour pouvoir ensuite s'en détacher et se centrer sur l'autre. De là, les jeux de rôles vont viser à atteindre des objectifs professionnels : réaliser une récolte de données, évaluer une situation dans un contexte particulier, etc. Quand ces périodes se déroulent en parallèle avec des apports spécifiques à un module théorique, l'articulation entre savoirs et expérimentation est davantage proche, favorisant ainsi la construction des connaissances, autant déclaratives que procédurales. Le programme de formation des NP était construit selon cette logique, ce qui peut expliquer la satisfaction et la sécurité qu'elles ressentaient au niveau de ces compétences.

L'alternance des rôles joués par les étudiantes, tantôt soignante tantôt soignée, tantôt observatrice, permet de travailler la centration sur soi et sur l'autre, dans un mouvement constant. Pour construire le rôle du patient, l'étudiante peut se référer à ses connaissances (comment se manifeste telle maladie en général ? Comment se comporte quelqu'un en état de choc suite à l'annonce d'un diagnostic ? etc.) et/ou à ses expériences de stage. Ces dernières sont particulièrement intéressantes pour nourrir ces constructions de

personnages, offrant ainsi la possibilité de prendre du recul sur ce qui a été vécu ou compris en situation. Cette inversion des rôles fait partie des didactiques qui peuvent autoriser à mettre en discussion un échange difficile avec un patient (ou une collègue, une PF) en laissant jouer son propre rôle à un pair. Nous le voyons, le changement de perspectives dans le jeu de rôle favorise aussi le développement de la réflexivité.

En fonction des institutions, des pathologies et des situations de patients, les entretiens peuvent viser des objectifs différents et requièrent des stratégies différentes. Entraîner des formes variées d'entretien (individuel, systémique, motivationnel, etc.) peut renforcer ce que les NP nommaient leur « sac à outils ». Ces dernières années, le recours à des patients simulés a offert une opportunité supplémentaire de se rapprocher des situations réelles. Un patient simulé (ou standardisé) est habituellement une personne qu'on a soigneusement encadrée pour qu'elle fasse semblant d'être un vrai patient de manière à ce que cette simulation ne puisse pas être détectée par un clinicien compétent (Barrows, 1993). S'il n'est pas nécessaire d'y recourir systématiquement, certaines situations sont difficiles à jouer par des étudiantes ou alors elles ne parviennent pas à tenir le rôle jusqu'au bout et « aident » leur collègue/soignante, éliminant ainsi un obstacle qu'il aurait été utile de dépasser. Les NP de la recherche ont eu l'occasion de réaliser des entretiens où des patients simulaient des décompensations psychiques, ce qui est resté un souvenir marquant de leur formation. Avoir en face de soi quelqu'un qui se met en colère ou qui refuse d'entrer en relation est déstabilisant. Idéalement, chaque personne du groupe va jouer la situation, ce qui fut leur cas : il est donc ainsi possible d'expérimenter, d'observer, de réessayer, avec un patient qui garde une ligne de conduite dans sa manière de jouer le rôle mais qui réagit de manière différenciée en fonction de la conduite de l'entretien.

Quels que soient les types de didactiques, le rôle de la formatrice est essentiel. Elle a à poser le cadre de réalisation de ces activités qui vont permettre de travailler dans un climat de confiance et de sécurité suffisante, et à veiller à son respect tout au long du déroulement. Trois temps sont nécessaires lors de simulation (Policard, 2015) : un briefing qui rappelle le cadre fictionnel de l'exercice, qui définit les objectifs, les pré-requis nécessaires, la réalisation de l'activité elle-même et le débriefing qui est unanimement reconnu comme le temps essentiel dans le processus d'apprentissage et l'engagement futur dans des expériences de ce type. Le retour réflexif lors de la phase de débriefing vise à la décontextualisation, donc à la généralisation et à la mise en évidence d'invariants qui pourront être expérimentés à nouveau dans des simulations ultérieures ou en stage. La structuration du débriefing est importante, l'appui sur des grilles d'observation y contribue, la mise en évidence des écarts à la performance est explicite. L'engagement des étudiantes dans le processus est central, la formatrice a donc à encourager, soutenir, valoriser. Le choix des mots et la manière de refléter ce qui s'est joué demandent réflexion afin que ce qui doit être nommé le soit pour permettre de l'évolution dans ces compétences relationnelles, mais sans blesser ni altérer l'image de soi. Nous le voyons, le rôle de la formatrice lors de simulation demande de l'expertise par rapport au domaine expérimenté mais également dans la gestion du groupe et de l'activité, ce qui pose la question de la formation des professeures. De mauvaises expériences dans

ce contexte de simulation peuvent conduire les étudiantes à éviter toute supervision à ce niveau en stage, au risque d'être inadéquates dans la relation au patient et dans la pertinence des données qu'elles récoltent, par exemple. Si en psychiatrie, les entretiens infirmiers sont accompagnés, il n'en va pas forcément de même dans les autres contextes. Nous avons pu constater comme les NP se sont trouvées rapidement à travailler seules, sans supervision. Si ces compétences n'ont pas pu être développées suffisamment durant la formation, elles pourraient rester déficitaires par la suite. En ce qui concerne les NP, ce ne fut pas le cas. Au contraire, elles avaient eu l'impression d'avoir beaucoup travaillé les compétences relationnelles, peut-être même un peu trop en regard d'autres plus spécifiques.

Développement des compétences techniques

Nous l'avons vu, les compétences techniques représentaient un enjeu important dans les débuts de la prise de poste des NP. Elles correspondent à la fois à une représentation de l'infirmière (qui pique, qui fait des pansements) et un point de critique fréquent dans les stages où les étudiantes s'entendent dire : « comment c'est possible que tu ne saches pas encore faire ça ? » Les soins techniques s'entraînent à l'école lors d'ateliers, mais leur maîtrise demande une répétition importante, de l'ordre d'un drill, qui permet d'acquérir des enchaînements, une dextérité et des automatismes, dans le respect des critères de qualité. Quand cette aisance est là, les soignantes n'ont plus besoin d'un processus contrôlé permanent, ce qui offre un espace relationnel pour le patient, comme le signalait Agathe. Nous voyons là l'intérêt pour le raisonnement clinique de pouvoir développer rapidement ces techniques. Cet entraînement intensif n'est véritablement possible que lors des stages. Mais tout ne peut pas s'exercer n'importe où, les soins étant liés entre autres à la mission du service, et en ce sens la formation de généraliste peut représenter un obstacle. Roxanne signalait :

Et [il y a des manques] au niveau des soins techniques aussi, je pense que même si l'école compte beaucoup sur les stages, les stages ils ont pas les moyens de nous offrir tous les gestes techniques. (Roxanne, E6, p.186)

Les moyens nécessaires à l'apprentissage des techniques de soins se réfèrent autant aux opportunités de les réaliser qu'à la nécessité d'en comprendre les enjeux dans leur globalité. Il est donc pertinent de ne pas imposer une logique systématique d'apprentissage à l'école avant l'expérimentation sur le terrain, ce qui empêcherait de saisir des occasions précieuses, mais les services ont à offrir plus que la démonstration et la supervision d'un geste. Le frein se situe essentiellement à ce niveau, la présence de PF peut s'avérer particulièrement précieuse à ce niveau.

La motivation des étudiantes face à ce type d'activité est généralement forte, il est utile de l'entretenir et de travailler sur leurs représentations. L'intérêt premier est souvent lié à la technique seule. S'il est nécessaire par moments de se centrer exclusivement sur elle, il y a aussi à aider à la prise de conscience de l'inscription de ce geste dans la situation d'un patient donné, pour que celui-ci ne soit pas perçu simplement comme un objet de soin (pourquoi ce geste par rapport à la pathologie et au traitement ? Comment peut le

ressentir le patient ? Quelles surveillances réaliser ? etc.). Ces gestes s'inscrivent ainsi dans le processus global d'évaluation clinique. La forme de la simulation peut favoriser cette prise de conscience : piquer sur des bras artificiels permet de travailler la gestuelle, par contre piquer une collègue de classe demande de prendre en compte la personne, avec le stress qu'elle peut ressentir, de l'informer, etc. Construire de petits scénarios qui contextualisent le geste incite à entrer dans un processus plus global. Le débriefing, avec le retour réflexif est important également. L'usage de la caméra peut s'avérer particulièrement profitable pour l'analyse d'un geste ou d'une interaction. Si cela ne peut être utilisé systématiquement pour des raisons de logistique, et demande un respect strict de la protection des données en ne publiant pas ses images, une réflexion autour de l'usage de ce média est souhaitable dans les écoles. Dans tous les cas, l'analyse doit être encadrée, visant à comprendre les principes qui sous-tendent la technique afin que l'étudiante puisse l'adapter au contexte (par exemple à domicile), ou au matériel présent dans l'institution.

Réaliser un stage final dans une logique proche de celle du premier poste de travail est un avantage pour maîtriser ces compétences. Cependant nous avons aussi vu qu'il s'agissait d'une problématique des toutes premières semaines :

En même temps ça s'acquiert assez, en tout cas pour moi, assez facilement, mais je me dis pour des gens qu'ont un peu moins de facilité....J'avais besoin de savoir faire tous ces soins techniques avant de pouvoir faire quelque chose [aller dans un domaine de son choix où il y avait moins de technicité]. (Roxanne, E6, p.186)

Elisa relativisait aussi la problématique que représentaient les techniques :

Je suis vraiment convaincue que les techniques... en fait tout ce qui est dur à mettre en place dans notre métier, tu l'apprends dans n'importe quel service. Après, la technique, ça c'est la question de deux mois, t'es perdue pendant deux mois et c'est tout, après ça vient. (Elisa, E6, p.116)

Toutefois, comme les manques ou les doutes sur ces soins représentaient un stress important dans un démarrage qui en contient beaucoup, il apparaît important que la formation permette d'acquérir une base de sécurité en offrant suffisamment d'opportunités d'apprendre les gestes les plus fréquents et de les réactiver régulièrement, afin de ressentir au moins une sécurité dans la gestuelle (manipulation du matériel, par exemple) et dans l'enchaînement de la technique. Le choix du premier poste est fréquemment lié au besoin de maîtriser les techniques spécifiques à la médecine et à la chirurgie. Une plus grande aisance à ce niveau permettrait peut-être aux NP de s'engager plus rapidement dans le domaine vers lequel elles se projettent à plus long terme. A l'heure actuelle, le marché du travail est plus tendu, les postes en médecine et chirurgie sont moins nombreux, les NP doivent forcément envisager d'autres options. Quoi qu'il en soit, tout ne peut pas être appris durant la formation, et il y a à composer avec l'incertitude des débuts et d'autre part, les techniques étant très évolutives, une mise à jour contextuelle régulière est nécessaire.

Apprentissage de l'évaluation clinique

Une source de stress majeur pour les NP était liée aux doutes quant à leur aptitude à repérer et à interpréter les signes et symptômes présents chez les patients, afin de pouvoir dépister et réagir rapidement en cas de problèmes ou de complications :

Je pense que je passerais à côté honnêtement, une complication, à moins que ça soit quelqu'un qui soit opéré, il me fait de la fièvre, des trucs bien gros comme un camion où je pourrais pas passer à côté, ça, ça me fait pas peur, mais les subtilités, là je pense que je me ferais avoir. (Charline, E1, p.30)

Comme pour les autres NP, la recherche des données pertinentes semble ici relativement aléatoire, la démarche étant plus de l'ordre d'un repérage que d'une récolte de données systématiques. Elles ressentaient toutes des doutes à ce niveau, d'autant plus dans les milieux aigus où l'évolution des situations de patients peut être très rapide. Ces dernières années, les responsables de la formation des infirmières au niveau académique en Suisse ont souligné que les compétences dans l'évaluation clinique étaient insuffisamment développées dans les formations Bachelor (Lindpaintner *et al.*, 2009). Dans le contexte actuel, il semble particulièrement important de les valoriser. Il s'agit d'un moyen de lutter contre les critiques concernant la trop grande « académisation des soins infirmiers », mais surtout d'un élargissement du profil de l'infirmière. Une pénurie de médecins généralistes est annoncée, ces compétences supplémentaires peuvent combler un certain nombre de manques au niveau de la médecine de premier recours à l'avenir.

Il ne s'agit pas de former de « petits médecins », mais bien d'apprendre à réaliser des examens cliniques systématiques, de les évaluer, d'être capables de réaliser rapidement des liens entre les données subjectives et objectives, de cibler le niveau d'urgence des situations et de déterminer les soins infirmiers les plus pertinents. L'évaluation et l'analyse sont communes aux infirmières et aux médecins, par contre ceux-ci établissent ensuite un diagnostic différentiel et définissent un traitement, alors que les infirmières déterminent un problème de santé et une offre en soins adéquate. Ce travail demande une collaboration approfondie entre les deux corps professionnels, le partage d'un vocabulaire et d'une stratégie commune les favorisent. Le recours à des patients simulés est particulièrement profitable à ce type démarche. Les écoles ont donc à l'heure actuelle à former les étudiantes à cette démarche systématique. Les formatrices doivent être formées spécifiquement, et il y a pour l'instant peu d'infirmières dans les services pour soutenir ce processus, nous l'avons dit. Il s'agit donc d'un enjeu d'avenir, répondant à la fois à un besoin de société, et offrant peut-être une sécurisation des NP dans leurs débuts. Ceci sera à évaluer avec l'arrivée des jeunes diplômées qui ont suivi le nouveau PEC 2012 et ont bénéficié de cette préparation.

Nous le voyons, la simulation dans ses différentes formes est un outil privilégié pour l'apprentissage des compétences pratiques. Les objectifs ont à être définis pour déterminer l'option la plus profitable et la plus réaliste. Le recours à des patients simulés, s'il est très profitable, demande une infrastructure conséquente (organisation, instruction des patients, coûts). Il existe à l'heure actuelle des mannequins capables de simuler des

signes et symptômes : certains ont des programmes intégrés, d'autres peuvent être commandés à distance par un instructeur. Cependant, ils sont très onéreux ce qui rend pour l'heure leur accès difficile. Dans tous les cas, pour être bénéfiques, ces ateliers doivent se réaliser avec des groupes restreints d'étudiantes, accompagnés par des formatrices (professeures et/ou PF) bien formées, avec suffisamment de temps à disposition pour que les étudiantes puissent toutes expérimenter, répéter et qu'un débriefing approfondi soit réalisé. L'articulation constante avec les savoirs théoriques est essentielle, les professeures ont donc à connaître suffisamment le programme pour soutenir ce processus chez les étudiantes.

13.2.3 Travail en collaboration : connaissances et préparation

Collaboration dans le respect des compétences de chaque corps professionnel de l'équipe de soins

Une des surprises de cette recherche a été de constater la méconnaissance des professions déléguées (ASSC, AS) par les NP :

Une fois j'ai vu que sur le programme, j'avais les mêmes croix que l'ASSC, j'ai dit : « mais attends, c'est un peu bizarre tout ça. » « Ah mais quand on travaille avec une ASSC, on doit l'encadrer, c'est comme ça. » J'étais là, enfin moi je savais pas. (Roxanne, E3, p.178)

Malgré une formation où les différents métiers ont été présentés, où elles ont étudié le travail en équipe, la délégation/supervision, et où durant les stages elles avaient travaillé avec AS, des ASSC certifiées ou en formation, les NP semblaient découvrir un nouveau monde. Elles avaient analysé des situations complexes dont le travail en collaboration était un élément et elles en avaient même traitée une en commun avec des CFC en dernière année de formation, alors qu'elles étaient elles-mêmes finalistes. Un obstacle prioritaire semble être la difficulté à assumer une position d'autorité et le pouvoir qui y est lié. Les enjeux affectifs paraissent empêcher cette compréhension, ce qui s'est manifesté chez les NP par des discours de déni de leur pouvoir jusqu'au moment où les actes de leurs subordonnées ont risqué de les mettre en danger.

Une formation initiale prépare à la pratique d'un travail dans toutes ses dimensions, mais elle ne peut pas permettre de la vivre et la ressentir entièrement dans la pratique des stages. En ce sens, à quel point est-il possible à des étudiantes qui perçoivent partiellement leur rôle de comprendre celui d'une autre, lié au sien mais différent ? Probablement y a-t-il là une difficulté réelle et un empêchement à pleinement entrer dans la compréhension du phénomène, et encore plus à assumer une posture d'autorité. L'école a certes à préparer, à clarifier le plus possible les différences, mais c'est vraisemblablement davantage l'analyse de la pratique qui y contribue. En ce sens, durant les stages, il serait intéressant que des analyses communes (étudiante infirmière et apprenante ASSC) soient réalisées à partir de situations expérimentées. Certes leur dispositif de formation pratique est différent, n'implique pas les mêmes personnes (PF et FE), mais il serait intéressant de réfléchir à une formule de ce type. Ce travail serait à poursuivre lors de la prise de poste.

Il est important que des mots soient posés sur la collaboration et ses enjeux, et ne pas attendre les conflits pour mettre en discussion le fonctionnement collectif. Ce serait là un thème pour le soutien à l'insertion.

Collaboration interprofessionnelle

La relation et la collaboration avec les médecins, comme nous l'avons vu, faisait fréquemment l'objet de conflits. Le pouvoir n'est pas un attribut des acteurs mais s'inscrit dans une relation. En l'occurrence, les NP ont une représentation forte que les médecins sont supérieurs et elles inférieures, influençant ainsi leur comportement dans les interactions. Ce pouvoir qu'elles accordent à leur statut contraste fortement avec le crédit et le respect qu'elles pouvaient accorder à certains d'entre eux. S'il y avait souvent des désaccords ou des incompréhensions à l'origine des tensions, nous pouvons aussi y voir des formes de résistance face à ce pouvoir qu'elles subissent. Finalement, une méconnaissance des rôles réciproques et une faible concertation sur la collaboration semblent une explication plausible à l'intensité des difficultés relationnelles rencontrées : chacun demeure sur ses représentations (des rôles, du mandat, de la manière de le remplir) ce qui représente un frein à l'efficacité du travail, est source d'insatisfaction et est décrit comme une source d'erreur et un défaut de qualité des soins. Il semble donc nécessaire d'amorcer une remise en question de ces représentations dès la formation, la rencontre et le travail en commun apparaissant comme un moyen privilégié d'y parvenir.

En 1988 déjà, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) signalait l'importance du développement de la formation interprofessionnelle dans la santé. Depuis lors, avec la diminution des ressources financières ainsi que le manque de personnel soignant, cette nécessité se renforce. Il s'agit d'ailleurs d'un élément du nouveau référentiel de compétences du PEC 2012. Le développement de l'évaluation clinique dans la formation infirmière, dans les chevauchements entre le travail du médecin et de l'infirmière, nécessite de la concertation et de la négociation pour ne pas entrer dans des logiques concurrentielles qui seraient contre-productives. Nous avons déjà relevé que les médecins se révèlent plus satisfaits de la collaboration que les infirmières. Des recherches réalisées aux USA (Hertweck *et al.*, 2012; Rossler & Kimble, 2015) visaient à analyser à quel point des étudiants de différentes professions de la santé étaient prêts à s'engager dans la collaboration interdisciplinaire. Les étudiants médecins se montraient moins intéressés que les autres professionnels, à moins qu'ils aient été confrontés eux-mêmes au monde de la santé comme patients ou comme famille de patients (Hertweck *et al.*, 2012). Les étudiants en physiothérapie montraient également moins d'intérêt. Le genre semble faire une différence, les femmes se montrant plus favorables de manière générale.

Il n'est dès lors pas pertinent d'attendre que des opportunités de collaborer se présentent, mais au contraire, il serait utile de générer des occasions d'apprentissage en commun dès la formation. Certains cours pourraient être suivis ensemble, mais les bénéfiques semblent particulièrement intéressants dans les situations de simulation. Ensemble, dans un même contexte, réaliser une mission commune permet de mettre en évidence les différences de connaissances et de compétences, les points de convergence, les stratégies

professionnelles de traitement de l'information, etc. Le débriefing pourrait souligner ces différents aspects. En nous référant aux éléments mis en évidence dans cette recherche, il ressort que la manière de travailler ensemble a également à être un objet d'analyse et de négociation spécifique. Rossler et Kimble (2015) relèvent que la motivation à collaborer s'accroît après de tels exercices.

Il existe un certain nombre d'obstacles à la mise en place de tels dispositifs. L'organisation est conséquente. Certaines hautes écoles possèdent plusieurs filières de formation de la santé, certaines moins, voire pas du tout. Le lien avec les facultés de médecine est parfois empreint du même rapport de force que ce qui est observé dans les services. Toutefois, toutes les parties auraient à bénéficier de telles expériences. A l'heure actuelle, un certain nombre d'hôpitaux ont développé en leur sein des centres de simulation, très bien équipés, et réunissent des équipes interdisciplinaires pour résoudre des situations aiguës et urgentes. C'est une démarche à poursuivre. Commencer à créer une culture de la collaboration dès la formation entre tout à fait dans cette logique et représente un défi pour l'avenir.

13.3 Insertion des NP : soutenir la prise de poste en garantissant la sécurité

Comme nous l'avons déjà signalé précédemment, les recherches internationales sur l'insertion sont unanimes : les nouvelles professionnelles ne peuvent pas avoir une pratique autonome dès leur début. Ces vingt dernières années, différents programmes de soutien à l'insertion ont été implémentés. Cependant, leur grande diversité et l'absence d'évaluation systématique rend difficile leur comparaison afin de déterminer des standards de bonnes pratiques d'aide à la transition (Anderson, Hair & Toderò, 2012; Rush, Adamack, Gordon, Lilly & Janke, 2013). Analysant 30 recherches concernant divers programmes d'aide à l'insertion des nouvelles infirmières, Edwards, Hawker, Carrier et Rees (2015) ont constaté que toutes les stratégies visant à soutenir l'insertion se révèlent bénéfiques pour les NP. Globalement, la confiance dans leurs compétences et la satisfaction au travail sont augmentées, le stress et l'anxiété sont diminués. Il semble donc que ce qui fait effet, c'est l'attention portée par l'organisation aux NP, qui n'attend pas simplement que ces dernières s'acclimatent à leur nouveau milieu. Nous pouvons considérer cette préoccupation institutionnelle comme une reconnaissance du droit à la continuation du développement des compétences, diminuant les pressions induites par des attentes d'opérationnalité immédiate.

Les NP de cette recherche ont reçu un soutien très différent, allant d'un support minimal (journées d'accueil et réponses aux questions) à un accompagnement plus structuré. Nous avons pu observer que même une offre importante n'est pas à elle seule un gage de réussite. Sabina a reçu dans son premier poste un soutien formalisé sur plusieurs semaines, ce qui n'a cependant pas été suffisant pour qu'elle puisse développer et démontrer des compétences suffisantes pour être reconnue comme une professionnelle, membre de l'équipe. Les relations interpersonnelles ainsi que le fonctionnement collectif y ont eu une influence déterminante. Pour les autres NP, un soutien minimal ne les a pas

empêchées d'être validées très positivement par leurs pairs et leurs responsables déjà lors du bilan du temps d'essai, puis à la fin de l'année. Toutes reconnaissent toutefois qu'un support plus important aurait diminué les sentiments d'angoisse et de peur très présents dans les débuts.

13.3.1 Besoins et soutien pour les premiers mois

Ce dont les NP auraient eu besoin prioritairement, c'est d'un accompagnement :

Plus de temps d'accompagnement, je pense ça c'est déjà un grand point, de feedbacks et que ce soit défini et qu'on ait un temps pour ça aussi. (Agathe, E6, p.25)

Si les attentes par rapport à ce compagnonnage pouvaient varier, il y avait clairement le besoin d'avoir quelqu'un de désigné (une ou deux personnes) vers qui se tourner. Cette détermination est en soi une reconnaissance que le besoin d'aide est normal et limite le stress d'interrompre n'importe quelle collègue dans son travail. Par contre, les recherches soulignent l'importance de tenir compte d'un certain nombre de conditions pour que les préceptrices puissent mener leur rôle à bien : une expérience affirmée ainsi que de bonnes connaissances du service et de leur rôle peuvent faciliter l'accès des NP autant aux soins qu'au fonctionnement en équipe. Certains auteurs parlent de la nécessité d'offrir une formation spécifique pour les préceptrices favorisant le développement de compétences pédagogiques pour soutenir l'apprentissage des NP (O'Malley Floyd *et al.*, 2005; Rush *et al.*, 2013; Whitehead *et al.*, 2013). Les préceptrices ont du temps accordé à cette fonction, ce qui implique que la détermination des effectifs prend en compte cette activité spécifique. En effet, les soins aux patients sont ce qui prime dans l'activité du service, et quand la charge de travail est importante, c'est le temps d'encadrement et de soutien qui est abandonné, ou alors qui se répercute sur les autres collègues de l'équipe au risque de générer des tensions (Carlson, Pilhammar & Wann-Hansson, 2010). Les NP perçoivent intuitivement qu'elles peuvent être un poids supplémentaire pour leurs collègues, même si celles-ci ne le manifestent pas. La formalisation de ce soutien est donc nécessaire.

Le besoin de recevoir plus de feedbacks était également largement partagé par les NP :

Je pense qu'au début, ça m'a quand même manqué et, c'est vrai que demander en tant que diplômée, c'est pas forcément évident. Ça s'est fait comme ça spontanément, mais demander c'est difficile, j'aurais pas osé. (Roxanne, E5, p.185)

Comme nous l'avons signalé au chapitre 11, il était difficile pour les NP d'évaluer leurs pratiques, de repérer si elles répondaient aux attentes. Avoir des bilans formels et structurés les aurait aidées dans leur processus d'autoformation. Le besoin de reconnaissance est un obstacle à la sollicitation de cette évaluation, d'où l'utilité qu'ils s'agissent de moments formalisés. Par contre, nous avons également relevé dans la recherche de Berberat *et al.* (2013), l'ambiguïté qui peut accompagner ces temps formatifs quand les cadres posent parallèlement la question de l'embauche définitive dès qu'une difficulté est signalée. La clarté et le respect du mandat attribué aux préceptrices sont donc des éléments nécessaires à l'accomplissement de l'activité.

L'acquisition des connaissances spécifiques au service représente un enjeu important des premiers mois de travail. A ce niveau, les conditions de travail peuvent représenter un obstacle :

Par rapport à ces manques, ce que j'aurais eu besoin et que j'ai pas eu, c'est d'être je pense plus encadrée les premiers jours et d'avoir un peu de temps sur le temps de travail pour rechercher un peu des choses, parce que quand on rentre d'une journée, on est épuisé, et l'énergie que ça demande d'aller encore ouvrir des livres et des classeurs et chercher des choses, c'est juste épuisant. Et ça, je pense que si la dotation était correcte, on aurait pu le faire. (Roxanne, E6, p.186-187)

La fatigue intense liée à la découverte simultanée de l'activité (soins, organisation), du service et de ses membres, du rythme frénétique du travail au quotidien et à travers les changements d'horaires (C. M. Clark & Springer, 2012) est inhérente à la prise de poste. Les sous-effectifs et/ou la surcharge chronique de travail sont des critères prédictifs d'insatisfaction au travail, entre autres par l'impossibilité de combler les manques perçus pour pouvoir agir de manière sécuritaire pour les patients. D'autre part, Saintsing, Gibson et Pennington (2011), suite à l'analyse de vingt articles parlant d'erreurs commises par des NP, ont mis en évidence que les novices sont plus souvent impliquées dans les erreurs que les infirmières expérimentées. Comme dans la présente recherche, les erreurs médicamenteuses représentent celles dont la fréquence est la plus grande (75 %). Les autres erreurs relevées sont surtout des retards dans l'administration des soins qui sont à relier au manque d'expérience et la relative lenteur qui en découle ou à des défauts de détection précoce de complications. Dans les services de médecine et chirurgie, les erreurs sont plus fréquentes quand les NP s'occupent de plus de 4 patients et/ou qu'elles réalisent des heures supplémentaires, ce qui a été le cas pour plusieurs erreurs commises par Judith, Roxanne, Sabina, Cléa. Les conditions de travail influencent donc fortement la transition et la possibilité d'apprendre et développer les compétences.

Accorder du temps pour compléter et renforcer les connaissances et compétences nécessaires à la pratique dans un milieu donné est donc nécessaire, pour la sécurité des patients, des NP et de l'organisation. La manière dont ce temps d'apprentissage est géré mérite d'être réfléchi au sein des institutions. Pour les NP de cette recherche, la logique prioritaire utilisée était celle de l'autoformation. Nous avons cependant pu remarquer leurs besoins de soutien et de guidance de la part des expertes pour définir ce qu'il était nécessaire d'approfondir et pour soutenir la réflexion clinique. En ce sens, à l'instar des unités très spécialisées, les services qui reçoivent des NP profiteraient à s'interroger sur leurs spécificités, sur les compétences et connaissances indispensables pour y travailler afin de les présenter à toute nouvelle professionnelle, quelle que soit son expérience. En ce qui concerne les NP, il peut être envisagé une formalisation de ces apprentissages. Park et Jones (2010) soulignent qu'un apprentissage mutuel entre NP s'appuyant sur des expériences des débuts favorise ce travail. Il s'agit autant de mettre l'accent sur les spécificités du lieu, que sur les généralités du rôle, de la collaboration dans l'équipe, avec les médecins, etc. Ces moments s'avèrent aussi particulièrement utiles pour développer la pensée critique, l'analyse des situations complexes et/ou urgentes, aidant à la

priorisation des soins et à l'organisation. Cette formalisation peut rassurer à la fois la NP et l'institution mais également être considérée comme un critère de qualité en lien avec la sécurité. Dans tous les cas, il serait souhaitable d'accorder du temps sur l'horaire de travail (Rush, Adamack, Gordon, Janke & Ghement, 2015).

Pouvoir s'exprimer sur l'expérience vécue, avec des collègues mais également avec des NP qui vivent une expérience similaire, aurait été apprécié, comme le relate Elisa :

Parfois moins de responsabilités et peut-être parfois aussi un tout petit peu plus d'espace de parole par rapport au fait qu'on est nouvelle, qu'on est jeune arrivée, comme on discutait, plus de feedbacks parfois. (Elisa, E6, p.116)

Le soutien des pairs (NP) est apprécié : le partage permet de normaliser l'épreuve vécue, d'échanger des stratégies et des ressources, ce qui augmente la confiance (Chandler, 2012; Maddalena, Kearney & Adams, 2012; Ulrich, 2003). Judith et Agathe qui travaillaient avec des collègues d'études se tournaient prioritairement vers elles pour parler de leurs inquiétudes et de leurs doutes. La surcharge émotionnelle des débuts pouvait ainsi s'évacuer, sans sentiment de menace. Cette parole vis-à-vis des membres de l'équipe était plus difficile tant que les NP n'avaient pas été reconnues dans leur nouvelle identité. Nous avons vu comment les bonnes compétences démontrées pouvaient empêcher le repérage de l'épreuve que vivaient les NP (Charline, Elisa et Roxanne), d'autant plus que certaines camouflaient leurs émotions, tentant de donner une impression de sécurité qu'elles ne ressentaient pas forcément (Elisa et Roxanne). Il apparaît donc important que les NP ainsi que les professionnelles soient conscientes du stress important que représente la transition et offrent des espaces sécurisés de parole.

13.3.2 Impacts des entretiens cliniques sur la transition

Les entretiens cliniques que nous avons menés avec elle ont été vécus précisément comme des lieux où la parole sur l'expérience était autorisée :

Pour moi c'était bien. Je trouve que ça permet un peu de débriefer comme ça, ça fait du bien. D'ailleurs, à la HEP [Haute Ecole Pédagogique], ils font ça pendant une année les enseignantes, et j'ai des copines qu'ont fait la HEP qu'ont été contentes. Moi, je trouve que ça m'a permis de m'exprimer, ça fait du bien je trouve. (Roxanne, E6)

Les rencontres régulières ont favorisé la transformation d'une relation professeure-étudiante en une relation d'ainée-débutante. Que la chercheuse soit infirmière elle-même est dans ce sens important, les NP s'adressant à elle tantôt sous la casquette ancienne professeure, tantôt sous celle de collègue. Se rencontrer hors du service, donc hors des enjeux institutionnels, a favorisé la construction de cet espace protégé.

Les entretiens ont été considérés également comme des moments d'analyse de pratique :

Oui j'en ai tiré du bénéfice. Et j'en avais reparlé, enfin je discutais avec des collègues des fois des éléments. J'avais une collègue aussi, du style une fois on reparlait de ces patients cancéreux où elle, elle avait aussi vécu ça mal, et je lui

avais dit, oui y avait des éléments qu'étaient ressortis [lors des entretiens cliniques], où je m'étais dit : « tiens on a fait ce qu'on pouvait ». On avait bien pu échanger là-dessus. (Agathe, E6, p.24)

Nous le voyons, ces temps de coconstruction de l'expérience s'inscrivaient pleinement dans le processus de l'insertion, favorisant la réflexivité sur ce qui s'est passé, et offrant la possibilité d'imaginer des stratégies d'actions différentes ou de réinjecter des apprentissages dans sa pratique et dans la vie de l'équipe, amenant comme ci-dessus à des négociations de sens dans la CP.

D'autre part, la régularité et la proximité entre les entretiens ont permis de mieux saisir ce qui se passe au quotidien, de dérouler le fil de l'expérience non pas exclusivement à partir des événements saillants mais également dans la répétitivité de la pratique au jour le jour, avec ce qu'implique le vivre ensemble en équipe. Ces temps d'arrêt ont ainsi favorisé la conscience de la mesure de leur évolution et de leur développement identitaire :

Moi, personnellement, j'ai trouvé très bénéfique de faire ça pendant cette année pour moi, même si parfois c'était dur de vraiment aller profondément dans certaines choses, de se poser plein de questions, mais ça m'a aidée à construire justement mon identité professionnelle pendant cette première année, c'était vraiment aidant de pouvoir mettre des mots, que quelqu'un écoute et creuse plus loin, m'aide moi à creuser plus loin, et j'avais beaucoup de plaisir aussi, c'était très agréable les entretiens, y avait pas de rigidité où il fallait absolument parler encore de ça, ça, ça, c'est vraiment détendu et ça favorisait vraiment la réflexion. (Elisa, E6, p.116)

Les NP ont fréquemment signalé leur difficulté à être réflexive dans l'action et ressentir le besoin de pouvoir revenir dans un second temps sur ce qui les a interrogées. Nous pouvons voir également que ce retour réflexif est énergétiquement coûteux, peut être pénible, ce qui peut conduire à des stratégies d'évitement face à des tensions identitaires qui mériteraient d'être pensées et réduites, d'autant plus si elles ont une forte probabilité de se reproduire. L'interaction permet cet engagement dans la réflexion, mais nous voyons également l'importance pour la chercheuse clinicienne d'accompagner le processus sans forçage, en acceptant de laisser à l'autre ce qu'il ne veut pas ou ne peut pas – encore – (se) dire. Il a fallu sept mois à Elisa pour pouvoir (s') avouer que sa peur de ne pas réagir adéquatement dans la prise en charge d'un bébé à la naissance était en fait surtout la peur que l'enfant meurt. La reconnaître pleinement aurait peut-être été tellement lourd d'angoisse que l'action en aurait été empêchée.

Finalement, les entretiens représentaient également des moments de bilan :

Non, j'ai trouvé ça très aidant aussi de réfléchir un peu au processus que j'ai fait pendant cette année, qui aide aussi un peu à valoriser ce qui s'est passé. (Sabina, E6, 218)

Pour Sabina, être hors contexte fut particulièrement précieux, permettant un recul effectif sur les difficultés rencontrées et une prise en compte des apprentissages et de compétences

développés. Il ne s'agissait pas de nier les difficultés, mais de se placer dans une perspective différente, qui permettait d'inscrire ce qui se passait dans son historicité.

Des dispositifs de ce genre, de type analyse de pratiques et/ou analyse de situations régulières, pourraient tout à fait être envisagés durant la première année de travail, pour autant que le cadre et la gestion soient très explicites et ne mélangent pas le formatif et le sommatif. Le faire en petit groupe permettrait à la fois de travailler la réflexivité, le développement de connaissances et de compétences, mais aussi favoriserait les échanges entre pairs au niveau des émotions. Ce type de structure bénéficie à être hors des services (dans un temps et un lieu défini et reconnu institutionnellement). La ou les personnes chargées de l'animation ne devraient pas avoir de statut hiérarchique vis-à-vis des NP. Pourquoi ne pas envisager une poursuite du partenariat PF-professeures des écoles dont les institutions de soins seraient alors les leaders ? Il y aurait là une reconnaissance du développement nécessaire à une prise de poste, et dans une logique de coconstruction, un lieu privilégié entre le monde du travail et de la formation pour négocier la préparation et la facilitation de la transition.

13.3.3 Proposition pour les institutions

Il apparaît de ces diverses considérations qu'il n'y a pas de programme-type pour répondre à tous les besoins des NP (Anderson *et al.*, 2012; Park & Jones, 2010; Rush *et al.*, 2013). En fonction de leurs acquis de formation, de leur sentiment d'auto-efficacité et de leurs stratégies d'apprentissage, leurs besoins de soutien (quantitatif et qualitatif) varient. Par contre, nous pouvons admettre qu'une offre diversifiée, comprenant une partie formalisée correspondant aux *minima* que l'institution juge nécessaire pour garantir la sécurité des patients et une part informelle permettant l'adaptation aux besoins spécifiques de la NP aurait à être proposée. Un accompagnement individualisé par une ou deux personnes expérimentées semble incontournable, ainsi qu'un travail sur les connaissances et les compétences nécessaires. La négociation et l'adaptation progressive de ce soutien à l'insertion en est un élément constitutif, et c'est également dans ce sens que le rôle de préceptrice est important : accompagner le processus d'autoformation, aider au pilotage des apprentissages, réaliser des bilans formatifs réguliers demandent des compétences qui peuvent justifier une formation spécifique. Les PF peuvent tenir ce rôle, mais une question toutefois se pose : comment cette relation pourrait-elle se construire différemment de ce qui est vécu entre stagiaire et PF, en reconnaissant le changement de statut des NP ? Nous pensons que dans un soutien au quotidien, au lit du patient, une collègue aînée serait plus profitable. Les PF auraient peut-être plus d'aisance pour aider à travailler des analyses de situations complexes ou pour animer des analyses de pratiques en groupe. Dans tous les cas, des ressources (humaines et financières) auraient à être allouées pour faciliter la transition, garantir la sécurité et améliorer la satisfaction au travail, afin de conserver.

Le contexte et les conditions de travail sont également à interroger. Une des difficultés rencontrées par des NP de cette recherche était liée à la jeunesse et l'inexpérience de l'équipe. La question de la constitution des équipes est un enjeu pour les institutions de

soins. Un équilibre est à trouver entre autres au niveau des expériences des différents membres de l'équipe, les conditions de l'accueil et la sécurité en dépendent. Il ne s'agit pourtant pas d'un problème simple à régler. En effet, les professionnelles intégrées dans une équipe n'apprécient pas forcément de changer de service et, si des transferts sont imposés, il est vraisemblable que ces personnes auront de la peine à s'investir dans l'accueil de NP. Des recherches (J. Kelly & Ahern, 2009; Thrysoe, Hounsgaard, Dohn & Wagner, 2012) signalent des brimades de la part des anciennes face aux nouvelles ou alors des dynamiques d'équipe où les échanges sont très limités ce qui est également un frein au développement des compétences. Des changements d'équipe intempestifs pourraient générer ce genre d'attitude. Néanmoins, la question est d'importance et dans une perspective de communauté de pratique, une réflexion à ce niveau se pose lors des embauches, de ne pas simplement remplacer une infirmière par une autre, mais de prendre en compte ses caractéristiques expérientielles. Ce pourrait être un élément pour stabiliser certaines équipes très jeunes où le tournus est conséquent.

Au niveau des conditions de travail des premières semaines, à la fois pour assurer la sécurité et faciliter la transition, quelques précautions sont à prendre. Confier un nombre de patients limités, dans des situations de moindre complexité peut permettre d'acquérir progressivement des connaissances, entre autres tout ce qui est lié à l'administration qui s'avère particulièrement pénible dans les débuts. Eviter les heures supplémentaires et les enchaînements de jours de travail avec des temps de repos suffisant. Il ne s'agit à nouveau pas d'éviter les difficultés, mais de générer un contexte dans lequel les NP vont pouvoir faire leurs preuves, renforcer leur sentiment d'auto-efficacité, tester leurs connaissances et les développer, les placer dans une zone proximale de développement adéquate selon Vygotski. La durée, de même que l'intensité du soutien à apporter, est à discuter et à réévaluer au fur et à mesure de l'évolution.

L'attribution de responsabilité supplémentaire, telle que la référence lors d'un encadrement de stagiaire, est à réfléchir non seulement en regard des besoins du service, mais aussi des compétences nécessaires pour pouvoir mener la mission à bien. Nous avons vu dans cette recherche, la difficulté à conjuguer leur propre insertion, leur adaptation à la logique de production, avec la logique de formation. Nous estimons que cette activité, en responsabilité, ne devrait pas être confiée à des NP avant au moins un an. Il ne s'agit pas simplement d'une compétence supplémentaire mais bien d'une identité nouvelle et qui requiert un soutien spécifique. Le mélange expérientiel dans les équipes s'avère là également important.

Le travail sur la collaboration intra et interprofessionnel apparaît comme particulièrement important. Cependant, il n'est pas à lier à l'insertion, mais concerne le fonctionnement institutionnel en général. Au sein de l'équipe soignante, une attention sur les modes de collaboration, la prise en compte et le respect des compétences de chacune est nécessaire et serait à travailler avec les ICUS. Par contre, il ne faudrait pas se contenter de rester à un niveau fonctionnel mais entrer aussi en discussion sur les rapports de pouvoir au sein de l'équipe.

Toute cette réflexion sur la guidance et le soutien à la transition s'appuie sur un élément fondamental : la grande motivation des NP à s'engager dans leur vie professionnelle et auprès des patients. C'est une constante remarquable à signaler, relevée sans exception par les recherches. Il s'agit en premier d'un vrai choix professionnel, et pas juste d'un « travail alimentaire ». Certes l'idéal qui les porte peut être un élément qui les fragilise face à une réalité qui peut être brutale et décevante, mais c'est surtout un moteur puissant pour mobiliser l'énergie nécessaire à la transition. Dans la perspective actuelle, avec la pénurie de personnel soignant qui s'annonce et le besoin de conserver ces jeunes infirmières le plus longtemps possible sur le marché du travail, les institutions et les politiques auraient à investir pour la transition, malgré les contraintes financières. Soutenir cette motivation, sachant qu'il y aura forcément des moments de choc, et éviter de placer les NP dans des conditions qui pourraient les amener à souhaiter se désengager. Nous avons pu voir, que même si toutes les NP de cette recherche continuaient à travailler après un an, des questions émergeaient quant à savoir comment tenir dans la durée.

13.4 Préparer les étudiantes à la transition

La transition représente un défi majeur et il est important, autant que faire se peut, de préparer les étudiantes à ce qu'elles ont de fortes probabilités de vivre, d'expérimenter, de ressentir. L'objectif est de les aider à anticiper ce passage, à peut-être déjà imaginer des ressources pour vivre cette étape et « normaliser » certaines difficultés qu'elles vont rencontrer. Cette prise de conscience pourrait les aider à demander de l'aide plus rapidement en ne se considérant pas comme étant la seule et l'unique pour qui tout ne coule pas de source.

Des données importantes sont à transmettre aux étudiantes qui contiennent les éléments suivants. La transition est une période de stress important, durant laquelle elles vont travailler en responsabilité auprès des patients et s'intégrer dans une équipe. Le stage final les a préparées à se rapprocher le plus possible du travail d'une diplômée, mais elles ne l'étaient pas encore. Elles vont donc tenir ce rôle pour la première fois, ce qui s'accompagne fréquemment d'un sentiment fort de responsabilité. Si elles ont un bon bagage qui leur permet d'assumer en grande partie leur activité, elles ont encore à apprendre et à développer des connaissances et des compétences en lien avec les spécificités du lieu qui va les accueillir, et plus particulièrement le raisonnement et le jugement clinique. Des erreurs sont susceptibles de survenir en raison de la fatigue, du manque ou de l'imprécision de certaines connaissances, de la maîtrise partielle de certains gestes techniques.

Elles vont également affiner la compréhension de leur rôle, entre autres parce que leur place dans l'équipe est différente : les infirmières sont leurs pairs et elles ont à assumer le pouvoir inhérent à leur rôle face aux professions déléguées. Il y a à la fois des bénéfices et des inconvénients à cette implication plus grande. Les relations professionnelles peuvent générer des conflits à un moment ou à un autre qui leur demandent de se positionner et de peut-être rediscuter leur place. La collaboration avec les médecins peut être difficile mais elles sont des interlocutrices dont ils ont besoin et qui ont de la valeur.

Il est important d'apprendre à négocier le travail en commun et les objectifs poursuivis pour éviter de devoir agir contre ses propres valeurs et améliorer la cohérence dans les prises en charge. Elles vont également découvrir des activités nouvelles, telles que l'encadrement des stagiaires, pour lesquelles elles ne se sentent pas toujours prêtes. Le travail au quotidien, dans la durée, est une expérience inédite (les stages duraient au maximum huit semaines), avec un apprentissage nécessaire de gestion de la fatigue, d'un équilibre à trouver entre la vie privée et la vie professionnelle et des stratégies de ressourcement à mobiliser.

Ces différents éléments sont à amener au fur et à mesure de la formation, en travaillant à la fois sur les aspects cognitifs, mais également affectifs et émotionnels. Les erreurs et les conditions qui favorisent leur survenue sont à connaître, de même que les risques d'une erreur pour elles, pour le patient, pour l'institution. La manière dont l'organisation les traite mérite d'être discutées pour sensibiliser les étudiantes aux enjeux de le signaler ou pas. Il ne s'agit pas d'être prescriptif, mais de prendre la mesure de ce qui peut motiver une décision. Comprendre les besoins identitaires des débutantes et leurs impacts possibles sur la transition, à travers entre autres la manifestation ou l'inhibition de comportements d'apprentissage, peut constituer un garde-fou. Travailler ces éléments en atelier, à partir d'expériences de stage (les leurs ou celles qu'elles ont observées chez d'autres), peut permettre en groupe de se projeter dans l'avenir et d'anticiper des outils ou des stratégies possibles. La sécurité psychologique au travail serait un concept accessible et porteur. Comprendre la dynamique d'équipe en référence à une communauté de pratique pourrait également aider les étudiantes à mettre l'accent prioritairement sur les enjeux professionnels des liens dans l'équipe et autoriser le questionnement sur les pratiques, non dans une logique de remise en question, mais de compréhension. Et, surtout, il est important de signaler aux futures professionnelles les retours généralement positifs que l'école reçoit sur les NP issues de la HEdS-FR et qu'après quelques mois, elles peuvent travailler en dépensant moins d'énergie et moins d'insécurité. C'est une étape particulière de leur carrière qui n'est pas spécifique au travail en général.

Depuis de nombreuses années, des NP qui ont environ un an de pratique, viennent témoigner de leurs débuts devant les étudiantes de dernière année de formation avant leur départ en stage final. Une rencontre avec les employeurs vise également à les préparer à l'avenir. Pour les NP de cette recherche, le problème a été le même que celui qui est fréquemment cité dans les recherches : entre le soutien que les infirmières-cheffes annoncent et celui qu'elles ont effectivement reçu dans leur service, il y avait un décalage très conséquent. Néanmoins, tous ces différents éléments visent à faciliter l'anticipation. La manière dont les étudiantes vont réagir à ce qui leur est présenté va également influencer leur préparation à la transition. Ainsi, Roxanne et Cléa, qui appartenaient à la même classe, n'ont pas du tout pris en compte ces éléments de la même façon. Cléa regrettait de ne pas avoir été préparée à la réalité du terrain :

Ce qui m'a manqué dans la formation, c'est plutôt cet aspect qu'on nous a pas dit toute la vérité, mais peut-être que vous la connaissez pas non plus, mais on nous a beaucoup formés des idéaux, des gros trucs et au bout de deux mois, y a tout qui

s'écroule et tu te dis : « merde, c'est pas du tout ça. » Et c'est ce que j'ai dit aux étudiants, je disais : « écoutez ce qu'on vous dit, prenez ce que vous avez à prendre mais ne vous attendez pas à quelque chose de fantastique sur le terrain, vous allez être déçus. » Et moi, j'aurais aimé qu'on me prévienne un petit peu avant, qu'on me dise : « vous verrez, c'est assez difficile. » (Cléa, E6, p.86-87)

Un an après son diplôme, elle a choisi de venir témoigner devant les futures diplômées pour qu'elles se préparent. A l'inverse, Roxanne signalait qu'elle avait été prévenue, par contre, elle n'y avait pas cru:

Disons qu'on était averti à quelque part ici, tous les gens qui nous ont donné des cours, toutes les expériences, tous les stages, mais pour moi ça reste la découverte parce que je me disais avant : « ils exagèrent ! » (Roxanne, E6, p.187)

Comme stagiaire, elle n'avait pas pu vivre intégralement le rôle professionnel dans toutes ses dimensions, avec le sentiment de responsabilité qui l'accompagne. Elle vivait donc une expérience inédite qui n'avait pu être anticipée qu'en regard de sa posture d'étudiante.

Le message final de Cléa aux étudiants fut le suivant :

Ce que j'ai eu dans la formation, c'est cette capacité d'adaptation très rapide qui fait qu'on peut s'adapter à toutes les situations et que, en commençant en tant que diplômé, on n'est pas du tout largué. Ça j'ai dit aux étudiants, j'ai dit : « mais croyez pas que vous valez rien ou qu'à force qu'on vous ait dit que l'HES c'était de la merde d'école, c'est pas vrai. Au contraire, même l'hôpital s'en félicite et nous le dit chaque jour : les volées HES, super, ça fonctionne. (Cléa, E6, p.86-87)

Bibliographie

- Adlam, K. A., Dotchin, M. & Hayward, S. (2009). Nursing first year of practice, past, present and future: documenting the journey in New Zealand. *J Nurs Manag*, 17(5), 570-575.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Allain, C. (2008). *Génération Y : qui sont-ils, comment les aborder? : un regard sur le choc des générations*. Montréal: Logiques.
- Anderson, G., Hair, C. & Todero, C. (2012). Nurse Residency Programs: An Evidence-Based Review of Theory, Process, and Outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 203-212.
- Anzieu, D. & Martin, J.-Y. (2009). *La dynamique des groupes restreints* (10e éd.). Paris: PUF.
- Ardoino, J. & Barus-Michel, J. (2006). Sujet. In J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Lévy (Eds.), *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 258-265). Ramonville Saint-Agne: érès.
- Argyris, C. (2003). *Savoir pour agir : Surmonter les obstacles de l'apprentissage organisationnel*. Paris: Dunod.
- Armitage, G. (2009). Human error theory: relevance to nurse management. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 193-202.
- ASI. (2011). Les soins infirmiers en Suisse, perspectives 2020. Document de positionnement de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI). http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf
- Bandura, A. (1997/2007). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trad. 2e éd.). New-York/Bruxelles: W.H. Freeman & Cie/De Boeck.
- Barbier, J.-M. (2006). Problématique identitaire et engagement des sujets dans les activités. In J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. de Villers & M. Kaddouri (Eds.), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (pp. p.15-64). Paris: L'Harmattan.
- Barbier, J.-M. & Galatanu, O. (2004). Savoirs, capacités, compétences, organisation des champs conceptuels. In J.-M. Barbier & O. Galatanu (Eds.), *Les savoirs d'action : Une mise en mot des compétences ?* (pp. 31-78). Paris: L'Harmattan.
- Barrows, H. S. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. Acad Med*, 68(6), 443-451; discussion 451-443.

- Barus-Michel, J. (2006). Clinique et sens. In J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Lévy (Eds.), *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 313-323). Ramonville Saint-Agne: érès.
- Barus-Michel, J., Enriquez, E. & Lévy, A. (Eds.). (2006). *Vocabulaire de psychosociologie : positions et références*. Ramonville St-Agne: érès.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. Paris: Masson.
- Berberat, J.-L., Akkari, J. & Changkakoti, N. (2007). *Insertion professionnelle des infirmiers jeunes diplômés en Suisse romande : Résultats de l'étude quantitative 2006*. Recherche. Haute Ecole de Santé Arc et Haute Ecole Pédagogique BEJUNE. Delémont.
- Berberat, J.-L., Bulliard Verville, D. & Perrenoud, B. (2013). *Insertion des nouvelles diplômées Bachelor en milieu hospitalier en Suisse romande : Rapport scientifique final* (Projet DORE N°13 DPD6_132197/1). Récupéré depuis FNS:
- Berger-Brunner, F. (2013). *Valeur C : Un outil de management riche et pratique*. Papier présenté à Journée romande LEP du 27 juin 2013, Lausanne.
- Bourgeois, E. (1999). Identité et apprentissage. In J.-M. Barbier & M. Kaddouri (Eds.), *Formation et dynamiques identitaires* (Vol. 128, pp. 27-36). Arcueil: Education Permanente.
- Bourgeois, E. (2006a). Tensions identitaires et engagement en formation. In J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. de Villers & M. Kaddouri (Eds.), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (pp. p.65-120). Paris: L'Harmattan.
- Bourgeois, E. (2009a). Apprentissage et transformation du sujet en formation. In J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle & J.-C. Ruano-Borbalan (Eds.), *Encyclopédie de la formation* (pp. 31-70). Paris: PUF.
- Bourgeois, E. (2009c). Les dispositifs d'apprentissage en formation d'adultes. In J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle & J.-C. Ruano-Borbalan (Eds.), *Encyclopédie de la formation* (pp. 507-536). Paris: PUF.
- Bournes, D. A. & Ferguson-Pare, M. (2007). Human becoming and 80/20: an innovative professional development model for nurses. *Nurs Sci Q*, 20(3), 237-253.
- Boychuk Duchscher, J. E. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113.
- Boychuk Duchscher, J. E. & Cowin, L. S. (2006). The new graduates' professional inheritance. *Nursing outlook*, 54(3), 152-158.
- Buchan, J. & Aiken, L. (2008). Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3262-3268.
- Camilleri, C., Kastarsztejn, J., Lipianski, E. M., Malewska-Peyre, H., Taboada-Leonetti, I. & Vasquez, A. (Eds.). (1990). *Stratégies identitaires*. Paris: PUF.
- Carlson, E., Pilhammar, E. & Wann-Hansson, C. (2010). Time to precept: supportive and limiting conditions for precepting nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 432-441.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). *Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier*. Montréal: Liber.

- CDS. (mai 2004). Les HES santé – une nécessité. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Bildung/Allgemeines/B-FH_Gesundheit-f.2004.pdf
- Chandler, G. E. (2012). Succeeding in the first year of practice: heed the wisdom of novice nurses. *J Nurses Staff Dev*, 28(3), 103-107.
- Chanlat, J.-F. (1990). *L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées*. Québec et Ottawa: Presses de l'université Laval et ESKA.
- Cifali, M. & Giust-Desprairies, F. (Eds.). (2006). *De la clinique : un engagement pour la formation et la recherche*. Bruxelles: De Boeck.
- Clark, C. M. & Springer, P. J. (2012). Nurse residents' first-hand accounts on transition to practice. *Nursing outlook*, 60(4), e2-e8.
- Clark, T. & Holmes, S. (2007). Fit for practice ? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus group. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1210-1220.
- Clot, Y. (1998). *Le travail sans l'homme ? : Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris: La découverte/Poche.
- Clot, Y. (2006a). *La fonction psychologique du travail* (5e éd.). Paris: PUF.
- Clot, Y. (2006b). Clinique du travail et clinique de l'activité. In Y. Clot & D. Lhuillier (Eds.), *Perspectives en clinique du travail* (pp. 165-177). Ramonville St-Agne: érès.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF.
- Clot, Y. & Faïta, D. (2000) Genres et style en analyse du travail : Concepts et méthodes. : *Vol. 4. Travailler* (pp. 7-42).
- Codol, J.-P. (1984). La perception de la similitude interpersonnelle : Influence de l'appartenance catégorielle et du point de référence de la comparaison. *L'année psychologique*, 84, 43-56.
- Com-Ruelle, L., Midy, F. & Ulmann, P. (2000). La profession infirmière en mutation : Eléments de réflexion à partir d'exemples européens (498). www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1318.pdf
- Cowin, L. S. & Hengstberger-Sims, C. (2006). New graduate nurse self-concept and retention : A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 59-70.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
- Cummings, G. & Estabrooks, C. A. (2003). The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: a systematic review of impact. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(8/9), 8-53.
- Daehlen, M. (2008). Job satisfaction and job values among beginning nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 45(12), 1789-1799.
- Dallaire, C. & Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. In C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier : au coeur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin.

- De Gaulejac, V. (2006). Identité. In J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Lévy (Eds.), *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 174-180). Ramonville Saint-Agne: érès.
- De Montmollin, M. (2011). Savoir travailler : le point de vue de l'ergonome. In J.-M. Barbier (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (3e éd., pp. 189-199). Paris: PUF.
- De Terssac, G. (2011). Savoirs, compétences et travail. In J.-M. Barbier (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (3ème éd., pp. 223-247). Paris: PUF.
- Dejours, C. (1990). Nouveau regard sur la souffrance humaine dans les organisations. In J.-F. Chanlat (Ed.), *L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées*. Québec et Ottawa: Presses de l'Université Laval et ESKA.
- Dejours, C. (1993). *Travail et usure mentale* (Nouvelle édition augmentée éd.). Paris: Bayard.
- Dejours, C. (2011). La clinique du travail entre vulnérabilité et domination. In Y. Clot & D. Lhuillier (Eds.), *Travail et santé : ouvertures cliniques* (pp. 127-144). Toulouse: érès.
- Dosse, F. (2010). *Renaissance de l'événement : un défi pour l'historien : entre sphinx et phénix*. Paris: Presses universitaires de France.
- Dosse, F. (2015). L'événement historique : une énigme irrésolue. In F. Giust-Desprairies & A. Lévy (Eds.), *Penser l'événement* (Vol. 19, pp. 13-27). Toulouse: érès.
- Dubar, C. (2006). *La socialisation, 3ème édition*. Paris: Armand Colin.
- Dublin Academic Teaching Hospitals and St. Luke's Hospital. (2000). *Nursing recruitment and retention*. Récupéré depuis <http://hdl.handle.net/10147/209730>
- Duffield, C. & O'Brien-Pallas, L. (2003). The causes and consequences of nursing shortages: a helicopter view of the research. *Aust Health Rev*, 26(1), 186-193.
- Duncan, K. (1997). Student pre-entry experience and first year of employment. *J Contin Educ Nurs*, 28(5), 223-230.
- Durand, M. (2012). Des savoirs pour travailler et apprendre. In E. Bourgeois & M. Durand (Eds.), *Apprendre au travail* (pp. 69-85). Paris: PUF.
- Edmondson, A. (1996). Learning from Mistakes is Easier Said Than Done: Group and Organizational Influences on the Detection and Correction of Human Error. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 32(1), 5-28.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behaviour in work teams. *Administrative science quarterly*, 44(2), 350-383.
- Edmondson, A. (2003). Managing the risk of learning : psychological safety in work teams. In M. West (Ed.), *International Handbook of organisational teamwork* (pp. 255-276). London: Blackwell.
- Edmondson, A. (2004). Psychological safety, trust, and learning in organizations : a group-level lens. In R. M. Kramer & K. S. Cook (Eds.), *Trust and distrust in organizations* (pp. 239-272). New York: Russel Sage Foundation.
- Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J. & Rees, C. (2015). A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1254-1268.
- Enriquez, E. (2008). *Clinique du pouvoir : Les figures du maître*. Toulouse: érès.

- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Paris: Flammarion.
- Estryn-Behar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Estryn-Behar, M., Négri, J.-F. & Le Nézet, O. (2007). Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit Déontologie & Soins*, 7, 308-327.
- Fischer, W. & Georg, D. (2001). *Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux: rapport final des entretiens en focus groups* : Réseau suisse des hôpitaux promoteurs de santé-réseau de l'OMS.
- Fishman, L., Gehring, K., Zimmermann, C. & Bezzola, P. (2015). *Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus : Recommandations dans le cadre du programme pilote national progress! La sécurité de la médication aux interfaces*. Récupéré depuis Zürich: <http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Mat-riel-d-information-Publications.html>
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M. & Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739.
- Gallant, S., Robinson, J., Absi, J., Moro, D. & Brioschi Levi, H. (2005). L'évaluation des procédures et du processus d'intégration des infirmières au Centre Hospitalier universitaire vaudois (CHUV). *Perspective Soignante*, 24, 83-105.
- Gamba-Nasica, C. (1999). *Socialisations, expériences et dynamique identitaire : L'épreuve de l'entrée dans la vie active*. Paris: L'Harmattan.
- Gerrish, K. (2000). Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. *J Adv Nurs*, 32(2), 473-480.
- Giust-Desprairies, F. (1999). L'identité comme processus, entre liaison et déliaison. *Education permanente*, 128(3), 63-70.
- Giust-Desprairies, F. (2004). *Le désir de penser : construction d'un savoir clinique*. Paris: Téraèdre.
- Giust-Desprairies, F. & Lévy, A. (2015) *Penser l'événement. : Vol. 19. Nouvelle Revue de Psychosociologie*. Toulouse: érès.
- Giust, A. C. (2006). Entretien. In J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Lévy (Eds.), *Vocabulaire de psychosociologie : positions et références* (pp. 343-352). Ramonville Saint-Agne: érès.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2010). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative* (4e éd.). Paris: Armand Colin.
- Global Advisory Group on Nursing and Midwifery & WHO. (2001). *Global Advisory Group on Nursing and Midwifery : report of the sixth meeting, Geneva, 19-22 November 2000*. Récupéré depuis Genève: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68763/1/WHO_EIP_OSD_2001.3.pdf
- Gross, J. (2013). Le modèle d'intermédiaire culturel, un révélateur du quotidien pour les professionnels de terrain. In M. Nadot, F. Busset & J. Gross (Eds.), *L'activité infirmière : le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable* (pp. 179-210). Paris: De Boeck-Estem.

- Guéguen, H. (2015). Du possible à l'événement : essai de typologie à propos de l'événement et de la contingence. In F. Guist-Despraires & A. Lévy (Eds.), *Penser l'événement* (Vol. 19, pp. 79-92). Toulouse: érès.
- Halpern, C. (2009). L'identité, histoire d'un succès. In C. Halpern (Ed.), *Identité(s) : L'individu, le groupe, la société*. Auxerre: Sciences Humaines.
- Hertweck, M. L., Hawkins, S. R., Bednarek, M. L., Goreczny, A. J., Schreiber, J. L. & Sterrett, S. E. (2012). Attitudes toward interprofessional education: comparing physician assistant and other health care professions students. *J Physician Assist Educ*, 23(2), 8-15.
- HES-SO. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012 : Filière de formation en soins infirmiers*. Récupéré depuis Delémont: www.heds-fr.ch/FR/bachelor/BachelorSI/.../PEC_Soins_infirmiers.pdf
- HES-SO. (2013a). Certificate of advanced studies (CAS) HES-SO de praticienne formatrice et praticien formateur, domaines de la santé et du travail social. Delémont: HES-SO.
- HES-SO. (2013b). Descriptif de fonction type du praticien formateur et de la praticienne formatrice. Delémont: HES-SO
- Hétu, J.-C., Lavoie, M. & Baillauquès, S. (Eds.). (1999). *Jeunes enseignants et insertion professionnelle : un processus de socialisation ? de professionnalisation ? de transformation ?* Bruxelles: De Boeck.
- Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy : A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.
- Higgins, G., Spencer, R. L. & Kane, R. (2010). A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 30(6), 499-508.
- Hughes, B. & Fitzpatrick, J. J. (2010). Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *J Interprof Care*, 24(6), 625-632.
- Jaccard Ruedin, H. & Weaver, F. (2009). *Ageing Workforce in an Ageing Society : Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030 ?* Récupéré depuis Neuchâtel:
- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. & Widmer, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Récupéré depuis Neuchâtel: http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_fact_she_et1_09_f_erratum.pdf
- Jacquemet, S., Türkal, L. & Graber, M. (2007). Formation pratique dans un dispositif de formation en alternance : les conditions de l'action du formateur du terrain. In F. Merhan, C. Ronveaux & S. Vanhulle (Eds.), *Alternances en formation*. Bruxelles: de Boeck.
- Jobert, G. (2006). Entre savoirs et surprise, une analyse clinique du travail. In M. Cifali & F. Guist-Despraires (Eds.), *De la clinique : un engagement pour la formation et la recherche* (pp. 29-41). Bruxelles: De Boeck.
- Jones, G. R. & George, J. M. (1998). The Experience and Evolution of Trust: Implications for Cooperation and Teamwork. *The Academy of Management Review*, 23(3), 531-546.

- Kaddouri, M. (2002b). Le projet de soi entre assignation et authenticité. *Recherche et formation*, 41, 31-47.
- Kaddouri, M. (2005). Professionnalisation et dynamiques identitaires. In M. Sorel & R. Wittorski (Eds.), *La professionnalisation en actes et en questions*. Paris: L'Harmattan.
- Kaddouri, M. (2006). Dynamiques identitaires et rapports à la formation. In J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. de Villers & M. Kaddouri (Eds.), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (pp. p.121-145). Paris: L'Harmattan.
- Kaddouri, M. (2008). Les formations en alternance entre transition, socialisation et constructions identitaires. In M. Kaddouri, C. Lespessailles, M. Maillebouis & M. Vasconcellos (Eds.), *La question identitaire dans le travail et la formation* (pp. 173-191). Paris: L'Harmattan.
- Kaddouri, M. (2011). Motifs identitaires des formes d'engagement en formation. *Savoirs*, 25(1), 69-86.
- Kastersztein, J. (1990). Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités. In C. Camilleri, J. Kastersztein, E. M. Lipianski, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti & A. Vasquez (Eds.), *Stratégies Identitaires* (pp. 27-41). Paris: PUF.
- Kaufmann, J.-C. (2004). *L'invention de soi*. Paris: Hachette.
- Kelly, J. & Ahern, K. (2009). Preparing nurses for practice: A phenomenological study of the new graduate in Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 910-918.
- Kelly, S. & Courts, N. (2007). The professional self-concept of new graduate nurses. *Nurse Educ Pract*, 7(5), 332-337.
- Khabbaz, L. (2004). L'épreuve de l'événement supra-individuel : pour une phénoménologie de l'expérience historique. In D. Alexandre, M. Frédéric, S. Parent & M. Touret (Eds.), *Que se passe-t-il ? : événements, sciences humaines et littérature* (pp. 19-36). Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock ; why nurses leave nursing*. Saint Louis: C.V. Mosby Co.
- Lacaze, D. (2007) La gestion de l'intégration en entreprise de service : l'apport du concept de socialisation organisationnelle. *Management & Avenir* (pp. 9-26): Management Prospective.
- Lanza, D., Pasche, G., Séchaud, L., Bosson, A., Mach, J. & Paccaud, U. (2001). L'intégration des nouvelles infirmières dans les unités de soins d'un hôpital universitaire *Recherche en soins infirmiers*(65), 53-82.
- Laplanche, J. (2006). *Problématique I : L'angoisse* (2e éd.). Paris: PUF.
- Laplantine, F. (2006). La preuve, la révélation, le scandale In J.-I. Olazabal & J. J. Lévy (Eds.), *L'événement en anthropologie : Concepts et terrains* (pp. 23-37). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Laplantine, F. (2007). *Le sujet : Essai d'anthropologie politique*. Paris: Téraèdre.
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Forcier, M., Labrosse, N., Lafrance, M., Laliberté, D. & Lebeuf, M.-L. (2002). How to facilitate the orientation of new nurses into the workplace. *Journal for nurses in staff development*, 18(2), 80-85.

- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforbes, N., Gelinas, C., Marchionni, C. & Drevniok, U. (2008). Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *J Nurs Scholarsh*, 40(3), 290-297.
- Leplat, J. & Hoc, J.-M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. In J. Leplat (Ed.), *L'analyse du travail en psychologie ergonomique, Tome 1* (pp. 47-60). Toulouse: Octarès.
- LeVasseur, S. A., Wang, C. Y., Mathews, B. & Boland, M. (2009). Generational differences in registered nurse turnover. *Policy Polit Nurs Pract*, 10(3), 212-223.
- Lévy, J. J. (2006). L'événement en anthropologie : de l'élémentaire au complexe. In J.-I. Olazabal & J. J. Lévy (Eds.), *L'événement en anthropologie : concepts et terrains* (pp. 9-21). Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Lhuilier, D. (2006a). Cliniques du travail. In Y. Clot & D. Lhuilier (Eds.), *Perspectives en clinique du travail* (pp. 179-193). Ramonville St-Agne: érès.
- Lhuilier, D. (2006b). Clinique du travail : enjeux et pratiques. *Pratiques Psychologiques*, 12(2), 205-219.
- Lhuilier, D. (2007). *Cliniques du travail*. Ramonville St-Agne: érès.
- Lindpaintner, L. S., Bischofberger, I., Brenner, A., Knuppel, S., Scherer, T., Schmid, A., Schafer, M., Stoll, H. R., Stolz-Baskett, P., Weyermann-Etter, S. & Hengartner-Kopp, B. (2009). Defining clinical assessment standards for bachelor's-prepared nurses in Switzerland. *J Nurs Scholarsh*, 41(3), 320-327.
- Lipianski, E. M. (1990). Identité subjective et interaction. In C. Camilleri, J. Kastersztein, E. M. Lipianski, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti & A. Vasquez (Eds.), *Stratégies identitaires* (pp. 173-211). Paris: PUF.
- Lipiansky, E. M. (2008). L'identité en psychologie. In M. Kaddouri, C. Lespessailles, M. Maillebouis & M. Vasconcellos (Eds.), *La question identitaire dans le travail et la formation* (pp. 35-49). Paris: L'Harmattan.
- Lipiansky, E. M., Taboada-Leonetti, I. & Vasquez, A. (1990). Introduction à la problématique de l'identité. In C. Camilleri, J. Kastersztein, E. M. Lipianski, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti & A. Vasquez (Eds.), *Stratégies identitaires*. Paris: PUF.
- Maben, J. & Macleod Clark, J. (1998). Project 2000 diplomates' perceptions of their experiences of transition from student to staff nurse. *J Clin Nurs*, 7(2), 145-153.
- Maddalena, V., Kearney, A. J. & Adams, L. (2012). Quality of work life of novice nurses: a qualitative exploration. *J Nurses Staff Dev*, 28(2), 74-79.
- Malewska-Peyre, H. (1990). Le processus de dévalorisation de l'identité et les stratégies identitaires. In C. Camilleri, J. Kastersztein, E. M. Lipianski, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti & A. Vasquez (Eds.), *Stratégies identitaires* (pp. 111-141). Paris: PUF.
- Malewska-Peyre, H. (2000). Dynamique de l'identité, stratégies identitaires. In J. Costa-Lascoux, M.-A. Hily & G. Vermes (Eds.), *Pluralités des cultures et dynamiques identitaires* (pp. 19-54). Paris: L'Harmattan.
- Marc, E. (2005). *Psychologie de l'identité : Soi et le groupe*. Paris: Dunod.
- Marc, E. (2009). La construction identitaire de l'individu. In C. Halpern (Ed.), *Identité(s) : L'individu, le groupe, la société*. Auxerre: Sciences Humaines.

- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Paris: Gallimard.
- Martuccelli, D. (2008). L'espace de l'identité. In M. Kaddouri, C. Lespessailles, M. Maillebouis & M. Vasconcellos (Eds.), *La question identitaire dans le travail et la formation* (pp. 25-34). Paris: L'Harmattan.
- McKenna, L. & Green, C. (2004). Experiences and learning during a graduate nurse program : an examination using a focus group approach. *Nurse Education in Practice*, 4, 258-263.
- Mègemont, J.-L. & Baubion-Broye, A. (2001). Dynamiques identitaires et représentations de soi dans une phase de transition professionnelle et personnelle. *Connexions*, 2, 15-28.
- Mendelsohn, P. (1996). Le concept de transfert. In P. Meirieu, M. Develay, C. Durand & Y. Mariani (Eds.), *Le concept de transfert de connaissance en formation initiale et continue* (pp. 11-20). Lyon: CRDP.
- Michel, J. (2003). Narrativité, narration, narratologie : du concept ricœurrien d'identité narrative aux sciences sociales. *Revue européennes des sciences sociales*, XLI-125, 125-142.
- Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques du travail, nouvelle édition*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Molinier, P. & Flottes, A. (s.d.). *Les approches en cliniques du travail en France*. Récupéré depuis <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Revue-Psychologie-clinique-francaise.pdf>
- Monnier, M. & Cambra Duval, M. (2004). *Débuter dans la profession d'infirmière après sa formation : comment ces nouvelles professionnelles s'insèrent-elles dans le monde du travail ? Une étude réalisée entre 1999 et 2003 tente d'y répondre*. Recherche. Haute Ecole de Santé de La Source. Lausanne.
- Mooney, M. (2007a). Facing registration : The expectations and the unexpected. *Nurse Education Today*, 27, 840-847.
- Mooney, M. (2007b). Professional socialization: the key to survival as a newly qualified nurse. *Int J Nurs Pract*, 13(2), 75-80.
- Mucchielli, A. (2009). *L'identité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, A. & Paillé, J. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2e éd.). Paris: Armand Colin.
- Nadot, M. (1993). *Des "médiologues" de santé à Fribourg? Histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744-1944)*. (Doctorat), Université Lumière Lyon 2, Lyon
- Nadot, M. (2008). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In C. Dallaire (Ed.), *La savoir infirmière : Au coeur de la discipline et de la profession* (pp. 359-382). Montréal: Gaëtan Morin.
- Nadot, M. (2013). Le premier modèle conceptuel en science infirmière de l'Europe francophone. In M. Nadot, F. Busset & J. Gross (Eds.), *L'activité infirmière : le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable*. Paris: De Boeck-Estem.
- Nadot, M., Auderset, P.-B., Bulliard Verville, D., Busset, F., Gross, J. & Nadot, N. (2002). *Mesure des prestations soignantes dans le système de santé =*

Measurement of nursing services within health care system : rapport scientifique [Fonds national suisse de la recherche scientifique], no de projet DO-RE 01008.1/CTI 5545.1 FHS. Fribourg: Ecole du personnel soignant.

- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R. & Harris, M. (2011). Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.
- Nembhard, I. M. & Edmondson, A. (2006). Making it safe : The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organisational Behaviour*, 27(7), 941-966.
- Neuville, S. & Van Dam, D. (2006). Images de soi, motivation et engagement en formation. In J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. de Villers & M. Kaddouri (Eds.), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (pp. p.147-183). Paris: L'Harmattan.
- Newhouse, R. P., Hoffman, J.J., Suflita, J., Hairston, D. P. (2007). Evaluating an innovative program to improve new nurse graduate socialization into the acute healthcar setting. *Nursing Administration Quaterly*, 31(1), 50-60.
- Newton, J. M. & McKenna, L. (2007). The transitional journey through the graduate year : A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1231-1237.
- NICE. (2014). Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals (Guideline). Londres: NICE.
- O'Malley Floyd, B., Kretschmann, S. & Young, H. (2005). Facilitating role transition for new graduate RNs in a semi-rural healthcare setting. *Journal for nurses in staff development*, 21(6), 284-290.
- O'Shea, M. & Kelly, B. (2007). The lived experiences of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *J Clin Nurs*, 16(8), 1534-1542.
- Ollivier, D. & Tanguy, C. (2011). *Génération Y, mode d'emploi : intégrez les jeunes dans l'entreprise !* Bruxelles: De Boeck.
- Orientation.ch. (17.10.2013). Assistant en soins et santé communautaire CFC, Assistante en soins et santé communautaire CFC. Récupéré depuis <http://www.orientation.ch/dyn/1109.aspx?id=947&highlighted=ASSC>
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P. (2010). Une "enquête de théorisation ancrée" : les racines et les innovations de l'approche méthodologique de Glaser et Strauss. In B. G. Glaser & A. A. Strauss (Eds.), *La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative* (pp. 23-77). Paris: Armand Colin.
- Park, M. & Jones, C. B. (2010). A retention strategy for newly graduated nurses: an integrative review of orientation programs. *J Nurses Staff Dev*, 26(4), 142-149.
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G. & McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Educ Today*, 34(1), 150-156.
- Pellico, L. H., Brewer, C. S. & Kovner, C. T. (2009). What newly licensed registered nurses have to say about their first experiences. *Nursing outlook*, 57(4), 194-203.

- Pelpel, P. (1996). Les formateurs de terrain : crise d'identité et évolution du modèle de formation. In C. Agulhon, J.-M. Barbier, R. Bourdoncle & P. Pelpel (Eds.), *La fonction tutorale dans les organisations éducatives et les entreprises*. Paris: INRP.
- Perrenoud, P. (1997). Vers des pratiques favorisant le transfert des acquis scolaire hors de l'école. *Pédagogie collégiale*, 10(3), 5-16.
- Perrenoud, P. (2001a). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. In P. Lehz, D. Millet & B. Séguier (Eds.), *Alternance et complexité en formation. Education - Santé - Travail social* (pp. 10-27). Paris: Seli Arslan.
- Phaneuf, M. (2008). Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance. [2013]. <http://www.prendresoin.org/?p=2507>
- Picard, D. & Marc, E. (2012). *Les conflits relationnels* (2e éd.). Paris: Presses universitaires de France.
- Pineau, G. (2013). Les réflexions sur les pratiques au coeur du tournant réflexif. *Education permanente*, 196, 9-24.
- Policard, F. (2015). Optimiser le débriefing d'une séance de simulation en santé. *Soins cadres*, 94, 51-54.
- Probst, G. & Borzillo, S. (2008). Why communities of practice succeed and why they fail. *European Management Journal*, 26(5), 335-347.
- Psiuk, T. (2006). Evolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 16-28.
- Psiuk, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique : concepts fondamentaux, contexte et processus d'apprentissage*. Bruxelles: De Boeck.
- Reason, J. (1990/2013). *L'erreur humaine* (J.-M. Hoc, Trad. 2e éd.). New-York/Paris: Cambridge University Press/Presses des Mines-Transvalor.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.
- Reason, J. (2004). Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Qual Saf Health Care*, 13 Suppl 2, ii28-33.
- Ricoeur, P. (1991). Événement et sens. *Raisons Pratiques : L'événement en perspective*, 2, 41-56.
- Rogers, C. R. (1984). *Liberté pour apprendre*. Paris: Dunod.
- Romano, C. (1998). *L'événement et le monde*. Paris: PUF.
- Ross, H. & Clifford, K. (2002). Research as a catalyst for change: the transition from student to Registered Nurse. *J Clin Nurs*, 11(4), 545-553.
- Rossler, K. L. & Kimble, L. P. (2015). Capturing readiness to learn and collaboration as explored with an interprofessional simulation scenario: A mixed-methods research study. *Nurse Education Today*.
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Janke, R. & Ghement, I. R. (2015). Orientation and transition programme component predictors of new graduate workplace integration. *J Nurs Manag*, 23(2), 143-155.
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M. & Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: an integrative review. *Int J Nurs Stud*, 50(3), 345-356.

- Saintsing, D., Gibson, L. M. & Pennington, A. W. (2011). The novice nurse and clinical decision-making: how to avoid errors. *J Nurs Manag*, 19(3), 354-359.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Logiques.
- Schubert, M., Schaffert-Witvliet, B., Suter-Hofmann, F. & De Geest, S. (2004). Die RICH-Nursing Studie: Der Schweizer Zweig am grossen internationalen Baum der Magnethospitalforschung. *Inselbote*, 2, 15-17.
- Scott, E. S., Keehner Engelke, M. & Swanson, M. (2008). New graduate nurse transitioning : Necessary or nice ? *Applied Nursing Research*, 21, 75-83.
- Sirota, T. (2007). Nurse/physician relationships: improving or not? *Nursing*, 37(1), 52-55.
- Smith, M. E. (2007). From Student to practicing nurse : how institutions, manager, and colleagues can ease the transition. *American Journal of Nursing*, 107(7), 72A-72D.
- Spitzer, A., Kuhne, N., Perrenoud, B., Camus, D. & FORESO. (2008). *Les soins infirmiers en Europe : vers plus de similitudes ou plus de différences?* Chêne-Bourg: Médecine & hygiène.
- Squires, M. A. E., Tourangeau, A. N. N., Spence Laschinger, H. K. & Doran, D. (2010). The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 914-925.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2003). L'analyse de données selon la *grounded theory*: procédures de codage et critères d'évaluation. In D. Cefaï (Ed.), *L'enquête de terrain*. Paris: La découverte.
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T. & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291-302.
- Tardif, J. (1997). La construction des connaissances : 1. Les consensus. *Pédagogie collégiale*, 11(2), 14-19.
- Thrysoe, L., Hounsgaard, L., Dohn, N. B. & Wagner, L. (2012). Newly qualified nurses--experiences of interaction with members of a community of practice. *Nurse Educ Today*, 32(5), 551-555.
- Todorov, T. (1995). *La vie commune*. Paris: Seuil.
- Tucker, A. & Edmondson, A. (2003). Why hospitals don't learn from failures: organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45(2), 55-72.
- Ulrich, B. (2003). Successful strategies for new graduates. *Nurse Leader*(Nov./Déc.), 28-30.
- Wangensteen, S., Johansson, I. S. & Nordstrom, G. (2008). The first year as a graduate nurse--an experience of growth and development. *J Clin Nurs*, 17(14), 1877-1885.
- Wenger, E. (1998/2009). *La théorie des communautés de pratique : apprentissage, sens et identité* (F. Gervais, Trad. 2e éd.). New-York/Québec: Cambridge University Press/Presses de l'Université Laval.
- Weyermann, U. (2007). Die Bildungsreformen und ihre Rückwirkungen auf die Gesundheitsberufe: Eine riesige europäische Baustelle. *Krankenpflege*, 4, 17-19.

- Whitehead, B., Owen, P., Holmes, D., Beddingham, E., Simmons, M., Henshaw, L., Barton, M. & Walker, C. (2013). Supporting newly qualified nurses in the UK: A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 33(4), 370-377.
- Wittorski, R. (1996). Evolution des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat. In R. Bourdoncle, C. Agulhon, J.-M. Barbier & P. Pelpel (Eds.), *La fonction tutorale dans les organisations éducatives et les entreprises* (pp. 35-46). Paris: INRP.
- Wong, C. A., Cummings, G. G. & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724.

Annexes 1 à 6

Situations emblématiques Promotion 2004-2008

1. Défis professionnels dans le monde professionnel actuel
2. Accompagner des personnes âgées dans différents contextes
3. Accompagner des personnes jeunes avec pathologies aiguës
4. Stress des soignants - stress des soignés
5. Accompagner des personnes en souffrance psychique
6. Accompagner la famille et ses membres de la conception à l'adolescence
7. Accompagner des personnes cancéreuses
8. Développer une expertise professionnelle en accompagnant dans les situations de crise et dans les situations aiguës
9. Développer une expertise professionnelle dans la transculturalité
10. Développer une expertise professionnelle en se positionnant sur les situations de violences subies et agies
11. Développer une expertise professionnelle en accompagnant les situations dans la durée
12. Devenir intermédiaire culturelle en se positionnant dans le rôle professionnel
13. Développer une expertise professionnelle en élaborant un projet de promotion de la santé
14. Devenir intermédiaire culturel en développant la coopération et la collaboration disciplinaire, interdisciplinaire

HES SANTE-SOCIAL ROMANDE
RESEAU ROMAND DE FORMATION HES
DES DOMAINES DE LA SANTE ET DU TRAVAIL SOCIAL
Conférence des centres d'enseignement des domaines de la santé et du travail social (C2ES2)

Filière SOINS INFIRMIERS

Secteur SOINS ET EDUCATION A LA SANTE

LE REFERENTIEL DE COMPETENCES

Le référentiel est constitué de neuf axes de compétences accompagnés des géronatifs qui les contextualisent :

- 1. *Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle.***
 - 1.1. En définissant, avec les acteurs impliqués, un projet de soins et les moyens pour le mettre en oeuvre.*
 - 1.2. En intégrant les nouvelles connaissances et méthodes adaptées aux soins infirmiers dans l'activité professionnelle.*
 - 1.3. En évaluant et créant des conditions permettant le soutien et la suppléance dans les activités de la vie quotidienne.*
 - 1.4. En accompagnant la clientèle dans les situations de crise et dans la période de fin de vie.*
 - 1.5. En utilisant des réponses différenciées dans ses interventions éducatives, préventives, diagnostiques et thérapeutiques.*
 - 1.6. En élaborant et en proposant des actions d'éducation à la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale.*
 - 1.7. En créant les conditions qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques.*

- 2. *Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins.***
 - 2.1. En considérant l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.*
 - 2.2. En intégrant les caractéristiques propres aux situations relationnelles asymétriques (âge, état de santé, situation sociale, etc.).*
 - 2.3. En s'impliquant personnellement dans le respect de l'altérité du client.*
 - 2.4. En mettant en oeuvre des capacités de communication verbale et non verbale.*
 - 2.5. En mettant en place et en maintenant le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel.*

Annexe 2

- 2.6. *En offrant l'espace et le temps qui permettent d'accompagner la recherche et la construction du sens de l'expérience de vie par le client.*
- 2.7. *En utilisant le geste et les soins au corps comme médiateur et support de la relation.*
- 2.8. *En faisant valoir, dans l'équipe interdisciplinaire, les intérêts du client.*

3 *Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé*

- 3.1. *En évaluant la situation en référence aux déterminants de la santé.*
- 3.2. *En initiant et en participant à des actions visant à favoriser la santé communautaire.*
- 3.3. *En favorisant chez le client l'expression d'une demande et en l'aidant à la clarifier.*
- 3.4. *En utilisant des approches pédagogiques personnalisées et tenant compte des caractéristiques identifiées chez le client.*
- 3.5. *En cheminant avec le client dans la recherche et l'application de solutions adaptées.*

4. *Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions.*

- 4.1. *En recourant au jugement clinique pour analyser et interpréter les situations de soins.*
- 4.2. *En ayant recours à la réflexion dans l'action et sur l'action.*
- 4.3. *En se référant à un corpus de connaissances professionnelles actualisées et propre au champ disciplinaire infirmier.*
- 4.4. *En actualisant régulièrement et systématiquement ses connaissances professionnelles.*
- 4.5. *En se référant au cadre déontologique, éthique et légal et en participant à son développement.*

5. *Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires.*

- 5.1. *En proposant des projets de recherche prioritairement issus des problématiques de terrain.*
- 5.2. *En respectant les principes éthiques liés à la recherche.*
- 5.3. *En utilisant des méthodes de recherche adaptées à la problématique.*
- 5.4. *En participant à la production des connaissances infirmières basées sur des fondements scientifiques.*
- 5.5. *En veillant à la diffusion et à l'utilisation des résultats de la recherche.*

Annexe 2

6. Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire.

6.1. *En démontrant et en explicitant son expertise en soins infirmiers.*

6.2. *En organisant des actions de formation en fonction des besoins des personnes.*

6.3. *En encadrant les étudiants en soins infirmiers dans la réalisation de leurs prestations.*

6.4. *En accompagnant les professionnels des soins et les stagiaires nouvellement arrivés dans le lieu de soins et en participant à leur évaluation.*

6.5. *En accompagnant et en soutenant les personnes dans les processus de changement.*

6.6. *En s'appuyant sur les ressources de ses partenaires professionnels.*

7. Collaborer au fonctionnement du système de santé.

7.1. *En orientant la clientèle dans ses démarches et son utilisation du système de santé.*

7.2. *En contribuant de manière adéquate aux différents réseaux qui le composent.*

7.3. *En recourant aux prestations et compétences des autres professionnels.*

7.4. *En participant au développement du réseau par ses propositions, innovations et questions.*

7.5. *En situant les réflexions relatives au système de santé dans leur contexte socioculturel, économique et politique.*

7.6. *En assumant ses prestations, ses prises de position et ses décisions.*

8. Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire.

8.1. *En évaluant la qualité des soins et l'efficacité professionnelle.*

8.2. *En développant et en adaptant des démarches, outils, méthodes et techniques d'évaluation de la qualité.*

8.3. *En prenant en compte la satisfaction objective et subjective de la clientèle.*

8.4. *En intégrant, dans sa pratique, les résultats et propositions des démarches qualité du système socio-sanitaire.*

9. S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier.

9.1. *En assumant les responsabilités liées à l'exercice du rôle infirmier, autonome et délégué.*

9.2. *En défendant des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité.*

9.3. *En participant aux processus décisionnels concernant le domaine de la santé.*

9.4. *En affirmant le point de vue infirmier dans les prises en charge interdisciplinaires.*

9.5. *En communiquant le point de vue infirmier dans des manifestations interdisciplinaires (congrès, symposium, publications, etc.).*

**Formation des infirmières et des infirmiers HES
Studiengang Pflegefachfrau und -fachmann FH**

Route des Cliniques 15
1700 FRIBOURG / FREIBURG

Tél. 026 429 6000
Fax 026 429 6010
E-mail : heds@hefr.ch
Internet : www.heds-fr.ch
N/réf. / U/Ref.

Aux étudiants de la Promotion 04

Fribourg, le 16 septembre 2008

Thèse de Doctorat : J'ai besoin de vous !

Chères nouvelles diplômées, Chers nouveaux diplômés,

Je tiens d'abord, et en priorité, à vous féliciter pour votre diplôme. Comme je vous en ai parlé en juin, je réalise actuellement une thèse de Doctorat à l'Université de Genève. Mon sujet d'étude est **le vécu de la 1^{ère} année professionnelle des infirmières-ères HES**. Il s'agit d'une recherche qualitative, phénoménologique, donc pour avoir du matériel, j'ai besoin de vous. En effet, c'est l'expérience que vous allez vivre ces prochains mois qui m'intéresse. Mon souhait est que cette démarche ne me soit pas exclusivement profitable, mais que vous aussi puissiez en tirer des bénéfices, en ayant un lieu d'expression et d'écoute, mais également les moyens de clarifier ce que vous ressentez, de trouver peut-être des stratégies d'amélioration.

Afin de mettre en évidence votre évolution durant cette 1^{ère} année de travail, il sera nécessaire d'avoir des traces, une mémoire des événements, ainsi que des rencontres pour en discuter ensemble. La démarche méthodologique que je vous propose peut sembler lourde, mais c'est la conviction que vous en profiterez aussi qui m'incite à vous solliciter. Voici le déroulement envisagé :

1. De votre 1^{er} jour de travail jusqu'à la fin de la 1^{ère} année, il faudra que vous teniez un journal (écrit ou dicté). Il ne s'agira pas d'un journal quotidien, mais d'un journal traitant :
 - des 1^{ères} fois
 - des moments où vous vous êtes vraiment sentis-es professionnels-les diplômés-es
 - des moments où vous ne vous êtes vraiment pas sentis-es professionnels-les diplômés-es

Les données récoltées seront subjectives, centrées sur votre vécu, vos ressentis et non pas factuelles, objectives. Ces données vous appartiendront, à vous de décider si vous souhaitez me les donner ou non.

2. Nous nous rencontrerons individuellement chaque 8 semaines. Les données que vous aurez récoltées serviront de base à nos entretiens qui seront enregistrés. Ces entretiens seront centrés sur les moments-clés cités ci-dessus et viseront à expliciter l'expérience

que vous avez vécue. Un deuxième temps concernera, au fur et à mesure, à mesurer votre évolution : votre auto-évaluation sera centrale mais je vous présenterai également ma perception et nous les confronterons, ensemble.

3. Je retranscrirai les entretiens en intégralité et je les analyserai, de manière longitudinale par personne, puis en les croisant avec d'autres nouveaux-elles diplômé-es.

Il y aura peut-être un dernier temps, mais que je devrai discuter avec vous : il serait intéressant d'avoir une rencontre entre toutes les personnes qui participent à la recherche à 6 mois et à 12 mois pour un partage d'expérience entre pairs. La question de la faisabilité est importante et c'est pour cela que ce point est pour l'heure en suspens.

Evidemment, c'est moi qui me déplacerai pour vous rencontrer et nous planifierons les rencontres en fonction de nos agendas respectifs.

Bien entendu, selon les règles déontologiques, je serai seule à avoir accès à vos données. Ces dernières seront anonymisées, ne seront retranscrites que partiellement dans le travail final et seront détruites dès l'obtention du titre.

Je suis donc à la **recherche de volontaires** pour participer à cette démarche avec moi. La récolte de données se déroulera avec 2 promotions, vous et ceux qui vous ont précédé. Idéalement, je souhaiterais qu'au moins 6 d'entre vous répondent positivement à ma demande. Je suis disponible pour répondre à toutes vos questions. M'appeler pour m'interroger ne signifie pas déjà vous engager, donc n'hésitez pas...

En vous remerciant d'avance pour votre lecture et vos nombreuses réponses favorables (☺...), je vous souhaite de bonnes vacances et un bon démarrage dans votre nouveau poste. Au plaisir de vous revoir prochainement

Corinne Bulliard

Corinne Bulliard

**Université de Genève
FAPSE
Doctorat**

Formulaire en vue d'un consentement libre et éclairé

Selon le Code déontologique concernant la recherche au sein de la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, « toute recherche impliquant la participation active d'individus doit être conduite avec le consentement libre et éclairé des intéressé-e-s. »²⁴

Le consentement est libre si les personnes intéressées :

- ont été informées
- ont décidé, librement, sans aucune pression du chercheur
- peuvent se rétracter à tout moment de la recherche
- ne subissent aucune conséquence fâcheuse si elles refusent ou se retirent.

Madame, Monsieur

Nom : Prénom :

Autorise Corinne Bulliard, Doctorante à l'Université de Genève, Fapse
À travailler avec les données sensibles qu'elle ou il lui a livrées.

Reconnait avoir été informé (e) sur

- le but du travail
- l'utilisation prévue des données
- l'anonymisation des données
- la destruction des données après usage.

Fait à : le :

Signature :

²⁴ Code d'éthique, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, p.72.
http://www.unige.ch/fapse/recherche/ethique/SSEcode_ethique.pdf

Informations données concernant la thèse de doctorat et les mesures de protection :

Titre de la thèse :

Expérience vécue et évolution durant la 1^{ère} année de travail des nouvelles professionnelles infirmières

Nature et buts de la thèse :

Ce travail est une recherche qualitative qui va se construire à partir du matériau récolté auprès des nouvelles professionnelles infirmières (NP). La recherche se centrera sur le vécu des « premières fois », des moments où la NP se sent diplômée et de ceux où, au contraire, elle ne se sent pas du diplômée.

Les buts, qui vont évoluer en fonction des découvertes, visent à mettre en évidence l'expérience vécue, l'évolution de l'expérience durant 12 mois, en faisant ressortir ce qui la favorise ou la freine, tant sur le plan individuel personnel et professionnel que sur le plan social (niveau de l'équipe et niveau institutionnel). Les résultats pourront être répercutés sur la formation professionnelle initiale et sur les institutions de soins accueillant des NP.

Mesures de protection prises aux différentes étapes de la réalisation de la thèse :

Les données seront récoltées de plusieurs manières :

- Le-La participant-e tiendra un journal de terrain sur les 3 moments-clés étudiés. Ces données lui appartiennent et il-elle décide de ce qu'il-elle est d'accord de transmettre. Ces données servent de base aux entretiens.
- Des entretiens auront lieu chaque 8 semaines durant 12 mois. Les entretiens seront enregistrés et les données retranscrites et anonymisées.
- Des entretiens en groupe de 3-4 participant-e-s seront proposés à 6 et 12 mois. Ces entretiens seront filmés et analysés. Les données seront également anonymisées.

Les données seront gardées à l'abri de tiers, les fichiers seront cryptés et les différents supports multimédias seront sous clé. Toutes les données seront détruites à la fin de la recherche.

Divers :

Les participant-e-s pourront en tout temps avoir accès aux données récoltées auprès d'eux-elles. Ils-Elles seront informées des résultats de la recherche et auront accès s'ils-elles le désirent à la thèse.

Nom	Diplôme (âge au début du travail)	Début	Lieux	Remarques
Elodie	07 (22.5 ans)	1.10.2007	Clinique privée, chirurgie, 2 services	Changement de service après 3 mois (restructuration) 100%
Nadia	07 (22.5 ans)	1.10.2007	Clinique privée, chirurgie, 1 an	Arrêt de travail pour douleurs musculosquelettiques 100 %
Christine	07 (23 ans)	1.3.2008	Grand hôpital public, médecine, 1 an	80 % temps d'essai, puis 50 % Maman depuis juillet 2007
Agathe	08 (26 ans)	1.2.2009	Grand hôpital public, chirurgie, 1 an	Entre E4 et E5, a pris un mois de congé sabbatique. 100 %
Charline	08 (23.5 ans)	1.10.2008	Clinique privée, chirurgie, 1 service, 8 semaines Hôpital public, psychiatrie gériatrique aiguë, 10 mois	Changement de service après 2 mois pour des raisons linguistiques 100 %
Cléa	08 (23 ans)	1.10.2008	Grand hôpital public, médecine, 1 an	100 %
Judith	08 (23.5 ans)	3.11.2008	Grand hôpital public, chirurgie, 1 an	100 %
Elisa	08 (25.5 ans)	5.1.2009	Intérim : SAD, 2 semaines Home, Psychogériatrie, même service, 2 périodes, 6 semaines puis 2 semaines Home, gériatrie, 2 semaines Clinique, maternité, fixe	Temps partiel 60 %/mois 1 mois de pause entre fin de l'intérim et début du poste stable 100 % 2 premiers mois, puis 80 % les 2 suivants, puis 70 %

Nom	Diplôme (âge au début du travail)	Début	Lieux	Remarques
Roxane	08 (23.5 ans)	15.11.2008	Soins à domicile, temporaire, 3 mois Grand hôpital public, médecine, 1 service	SAD temps partiel de 50-80 % 100 % à l'Hôpital
Sabina	08 (24.5 ans)	1.12.2008	Grand hôpital public, chirurgie, 7 mois Grand hôpital public, gynécologie, 5 mois	6 semaines de pause entre les deux postes 100 % pour le premier, 90 % pour le second

Annexe 6

Prénom		Période de formation pratique	Hospitalier	Extra-hospitalier-ambulatoire	Longue durée et intermédiaire (CRS)	Somatique aigu	Psychiatrie et santé mentale
Judith	Stage A (6 sem.)	Médecine	x			x	
	Stage B (8 sem.)	Psychiatrie aiguë	x				x
	Stage C (8 sem.)	EMS			x		
	Stage D (8 sem.)	Pédiatrie	x			x	
	Stage Etranger	Stage à l'étranger (8 sem.)		x			
	Stage E (4 sem.)	Crèche					
	Stage F (10 sem.)	Gynécologie	x			x	
Charline	Stage A (6 sem.)	Réhabilitation médecine			x		
	Stage B (8 sem.)	Médecine	x			x	
	Stage C (8 sem.)	Psychiatrie aiguë	x				x
	Stage D (8 sem.)	Chirurgie	x			x	
	Stage Mobilité	Psychiatrie ambulatoire	x	x			x
	Stage E (4 sem.)	Ambulances (2 sem.)		x		x	
	Stage F (10 sem.)	Psychiatrie aiguë	x				x
Sabina	Stage A (6 sem.)	Médecine	x			x	
	Stage B (8 sem.)	Médecine	x			x	
	Stage C (8 sem.)	EMS			x		
	Stage D (8 sem.)	Psychiatrie aiguë	x				x
	Stage Etranger	Stage à l'étranger (8 sem.)		x			
	Stage E (4 sem.)	Soins intensifs	x			x	
	Stage F (10 sem.)	Psychiatrie ambulatoire					x
Roxanne	Stage A (6 sem.)	Chirurgie	x			x	
	Stage B (8 sem.)	EMS			x		
	Stage C (8 sem.)	Pédiatrie	x			x	
	Stage D (8 sem.)	Psychiatrie aiguë	x				x
	Stage E (4 sem.)	Soins à domicile		x			
	Stage F (10 sem.)	Gynéco-obstétrique	x			x	
Agathe	Stage A (6 sem.)	Médecine	x			x	
	Stage B (8 sem.)	EMS			x		
	Stage C (8 sem.)	Psychiatrie aiguë	x				x
	Stage D (8 sem.)	Soins à domicile		x			
	Stage Mobilité	Gynécologie	x			x	
	Stage E (4 sem.)	Médecine	x			x	
	Stage F (10 sem.)	Chirurgie	x			x	
Elisa	Stage A (6 sem.)	Chirurgie	x			x	
	Stage B (8 sem.)	Handicap			x		
	Stage C (8 sem.)	Hôpital du jour, médecine et chirurgie		x		x	
	Stage D (8 sem.)	Soins Palliatifs	x		x		
	Stage Mobilité (6 sem.)	Psychiatrie aiguë					x
	Stage E (4 sem.)	Soins intensifs pédiatrie	x			x	
	Stage F (10 sem.)	Pédiatrie	x			x	
Cléa	Stage A (6 sem.)	EMS			x		
	Stage B (8 sem.)	Psychiatrie aiguë	x				x
	Stage C (8 sem.)	Chirurgie	x			x	
	Stage D (8 sem.)	Pédiatrie	x			x	
	Stage Etranger	Stage à l'étranger (8 sem.)		x			
	Stage E (4 sem.)	Anesthésie (2 sem.)	x			x	
	Stage E	Ambulances (2 sem.)		x			
	Stage F (10 sem.)	Chirurgie	x			x	

x	Stage dans le même domaine que le lieu de pratique professionnelle
x	Stage possédant des éléments transférables proches au lieu de pratique professionnelle

