



HAL
open science

De (dis)continuités en ruptures

Diane Grober-Traviesas

► **To cite this version:**

Diane Grober-Traviesas. De (dis)continuités en ruptures : Le Projet professionnel infirmier au prisme de la crise sanitaire. Kévin Bideaux, John Sannaee, Júlia Monte Ordoño, Ayda Golrokhi et Lydienne Mathieu (dirs). *Projet, Projeter, Projection*, Université Paris 8 Vincennes–Saint-Denis, 2023. hal-03964584

HAL Id: hal-03964584

<https://hal.science/hal-03964584>

Submitted on 31 Jan 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

De (dis)continuités en ruptures

Le Projet professionnel infirmier au prisme de la crise sanitaire

Diane Grober-Traviesas

Introduction

En 2019, la crise sanitaire liée au coronavirus a généré au sein de nos sociétés contemporaines de nouvelles questions, prégnantes dans ce qu'elles semblaient convoquer d'inédit et d'incertain. Si elle a interpellé les citoyen·ne·s sur leurs fragilités et leurs vulnérabilités, elle a également mis au jour les carences du système de santé, ses zones d'ombre, et dévoilé les limites du monde hospitalier face à un mal invisible au pouvoir de nuisance parfois difficile à imaginer. Ce faisant, elle a mis sur le devant de la scène médiatique les difficultés des soignant·e·s et l'écart, parfois profond, entre la réalité de leur quotidien, leurs valeurs et leur projet professionnel initial.

Les étudiant·e·s en santé ont été engagé·e·s en première ligne dès le début de cette crise sanitaire, prêtant main-forte aux équipes soignantes, passant en 100% distanciel pour les enseignements théoriques. Directrice d'un institut de formations paramédicales, nous avons alors observé chez les étudiant·e·s infirmier·ère·s des évolutions dans les questionnements inhérents au métier sur des aspects souvent tenus dans l'ombre jusque-là, qui apparaissaient teintés d'une forte charge émotionnelle, semblant générer de nouvelles sources de tensions dans leur construction identitaire de futurs soignant·e·s, entre identité projetée – parfois empêchée – et identité à construire ou à reconstruire.

Pour Thérèse Perez-Roux, l'identité professionnelle est un processus dynamique articulant plusieurs dimensions en tension, résultant d'une transaction entre le soi personnel et le soi social, et marquant l'appartenance à un collectif (2011). Elle se construit au cœur d'une triade dimensionnelle biographique (en vue de se projeter dans le métier),

relationnelle (dans le rapport à l'institution, à l'activité, comme co-élaboration d'une culture commune et processus de reconnaissance avec des autres significatifs, entendus au sens de modèles de référence) et intégrative (par la reconnaissance des multiplicités des ressources et des expériences professionnelles). Ce processus se fait pour nombre de formations paramédicales depuis 2009 dans une logique de professionnalisation fondée sur le modèle du·de la praticien·ne réflexif·ve et de l'approche par la compétence dans des formations universitarisées pour certaines, pensés pour soutenir un nouveau paradigme de santé.

À l'instar de nombreux autres pays occidentaux, la France vit en effet depuis quelques décennies une transition épidémiologique, à travers le développement des maladies chroniques et dégénératives, la forte hausse du nombre de patients poly-pathologiques ou le vieillissement des populations. Parallèlement, les progrès technoscientifiques, le développement de la télémédecine et la volonté de maîtrise des dépenses de santé accompagnent une réflexion sur la réorganisation de l'offre de soins, à travers par exemple le rééquilibrage entre les secteurs intra- et extrahospitaliers.

Les questions de territoire et de démocratie sanitaire et, enfin, le projet social d'une égalité d'accès à des soins de qualité ont fait émerger une réflexion sur une meilleure adéquation entre les ressources et les besoins en santé (Safon, 2021). Ces évolutions ont conduit les professions de santé à investir et à renforcer les dimensions préventive, éducative et palliative et ne plus se définir sur la seule visée curative, alors que pendant longtemps le champ sanitaire avait été circonscrit à l'hôpital et au traitement de la maladie (Rothier-Bautzer, 2017). Des formes inédites de division sociale du travail dans le champ sanitaire et médico-social sont de fait devenues autant de formes nouvelles de coopérations entre professionnels de santé, amenant à redéfinir leurs domaines d'activités et de responsabilité et les frontières entre les professions. Ainsi les infirmier·ère·s – dont l'activité était jusque-là très réglementée et largement soumise à l'autorité médicale – ont été appelé·e·s à être de plus en plus à même de prendre en charge, de manière autonome et responsable, des situations professionnelles qui se complexifient, de réagir devant l'imprévu, de poser un diagnostic et de proposer des remédiations. Les savoirs professionnels infirmiers ont évolué pour répondre à ces nouvelles attentes.

Historiquement, le groupe infirmier s'est construit dans une bipolarité des savoirs professionnels entre soins d'hygiène et de confort, et activités plus « techniques » d'auxiliaire médical-e. Des formes identitaires de soignant-e-s se sont progressivement dessinées, entre un-e infirmier-ère plus dans la relation avec le patient et s'appuyant sur des savoirs profanes, et un-e infirmier-ère plus « technicien-ne » et auxiliaire médical-e appuyé-e sur des savoirs biomédicaux et pharmacologiques, techniques et procéduraux. Ces formes identitaires s'inscrivaient dans une hiérarchisation en rapport avec la plus ou moins grande proximité avec le groupe médical. Ainsi on assistait, jusqu'il y a peu, à une valorisation extrême du modèle de l'infirmier-ère curatif-ve assimilé-e à des savoirs techniques « valorisés et à des pratiques de soins efficaces et visibles » par opposition au modèle des infirmier-ère-s dit-e-s « relationnel-le-s », considéré-es « comme [détenteurs et] détentrices de savoirs profanes, oraux, peu professionnalisés, voire dévalorisés » (Vega, 1997 : 109-110).

Problématique

Se socialiser au sens d'Erving Goffman, c'est élaborer son personnage sur la scène sociale, en adoptant une façade, appareillage (et appariement) symbolique par stratégie identitaire ou recherche de mise en conformité (1973). L'identité professionnelle se construit dans l'identification à autrui, l'intégration des rôles à jouer, la découverte des règles explicites et implicites du monde professionnel. Pour pouvoir intégrer le groupe des professionnel-le-s et y être reconnu-e comme tel-le, l'apprenant-e intériorise ainsi des normes collectives, des « dispositions qui en font un être socialement identifiable » (Dubar, 2000 : 79).

Vanessa Blanchet, dans son étude portant sur le double processus de construction identitaire des étudiant-e-s infirmier-ère-s (infirmier-ère/étudiant-e), montre, avant la crise sanitaire, une socialisation fondée sur la négation des émotions et l'asymétrie des relations sociales, par une mise en conformité et une recherche d'effacement de soi (2019). L'auteure utilise la métaphore du masque pour décrire la stratégie de mise en conformité avec les attentes des équipes dans certains lieux de stage, au risque (assumé) de négation de soi, même si cela donne aux étudiant-e-s le sentiment de ne pas être reconnu-e-s dans

leur singularité. Pour « garder la face » l'étudiant-e doit souvent se mettre au travail, pour montrer en particulier sa capacité de maîtrise des situations, quelles qu'elles soient.

Pour Arlie Russell Hochschild, ce travail se fonde sur un travail émotionnel, qu'elle définit comme « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment » (2003 : 32). Cet effacement de soi se traduit d'abord par une éducation des corps dans le quotidien des soins : le corps apprend la retenue, la discipline, la mise à distance, quand accueillir, réconforter, aller à la rencontre d'autrui pourraient passer par des attitudes d'enveloppement et de *caring* (Tronto, 2009), au sens de la sollicitude et du souci d'autrui. Stéthoscopes, pinces et aiguilles, matériels aussi sophistiqués que froids et bruyants sont autant de médiateurs de la relation au risque de l'aseptiser. Les gestes professionnels, codifiés, normés, technicisés, s'apprennent dans un ballet qui écarte toute effusion, tout geste de tendresse. Ce même effacement de soi passe par la négation des émotions lors de certaines situations professionnelles qui bouleversent, comme la colère, la peur, face aux professionnel-le-s et aux patient-e-s, se fondant sur l'idée répandue du rôle néfaste des émotions comme empêchant de penser de manière rationnelle et objective (Foley et Saraga, 2021).

Enfin, avant 2019, ces étudiant-e-s se socialisaient au cœur d'un modèle traditionnel de la relation soignant-e-soigné-e fondé sur l'asymétrie et l'objectivation des patient-e-s. Les progrès technoscientifiques et le développement d'une médecine de pointe ont, ces dernières décennies, participé à construire une image de l'hôpital et du-de la soignant-e technicien-ne et sachant-e, comme tout-e-puissant-e. La relation avec la personne malade repose elle aussi sur une forme asymétrique de savant-e à profane, fondée pour partie sur la maîtrise par les soignant-e-s de savoirs reconnus comme valides, experts, avec l'idée que le-la soignant-e sait « plus » que la personne soignée, ce qui lui confère un pouvoir sur elle. L'image du-de la patient-e, passif-ve, fondée sur une vision de la maladie dans laquelle Walter Hesbeen (1997 : X-XI) distingue corps-sujet et corps-objet, et la place du sujet soignant ou soigné, dans cette interaction.

Dans une perspective interactionniste, si les normes concernent les valeurs et les comportements, elles circonscrivent également les places et les rôles assignés aux différent-e-s acteurs et actrices – dans un ordre négocié à l'hôpital pour Anselm Strauss

(1992 : 53) –, qui intègre la régulation des liens sociaux entre pairs, au sein d'un ordre hiérarchique ou encore dans la relation avec les personnes soignées. Cet ordre hiérarchique, ces relations, se fondent en particulier sur des natures de savoirs différentes selon le modèle organisationnel choisi à l'hôpital. Ces étudiant-e-s infirmier-ère-s apprenaient ainsi, avant la crise sanitaire, à trouver leur place au sein des traditionnelles formes de hiérarchisation dans les sociétés occidentales postmodernes fondées à l'hôpital sur les savoirs professionnels issus du *care* et du *cure*¹. Ils-elles intégraient en particulier très rapidement que le corps médical détient le pouvoir symbolique, et qu'ils-elles exerceraient leur métier sur prescription médicale.

Dès lors, si nous concevons la formation des soignant-e-s comme un processus d'intégration d'une conception de soi et du monde, par l'identification progressive à un groupe de référence et l'adhésion à ses normes, ses valeurs et savoirs professionnels, ses modèles de comportement, en quoi la situation inédite générée par la crise sanitaire a pu pour certain-e-s d'entre eux-elles, confirmer, faire émerger certaines formes identitaires, et agir comme un révélateur, au sens photographique ? En quoi les a-t-elles et ils mis-e-s au défi d'inventer un nouveau rapport à soi, plus authentique, moins influencé par certaines normes de socialisation professionnelle ? Ici le contexte de crise, au sens d'un moment difficile, une rupture d'équilibre, est considéré comme inconfortable sur le plan identitaire, amenant à trouver une nouvelle « place », un rôle inhabituel, des savoirs professionnels différents et d'autres ritualités dans les interactions, pour interroger le processus identitaire.

De plus, projeter implique l'élaboration secondaire d'une réalité autre, ici du sens attribué au métier à venir, dans le cadre d'une formation professionnelle comme celle des infirmier-ère-s. En quoi la crise sanitaire a-t-elle pu également bousculer les étudiant-e-s en santé dans leur propre projet professionnel ? En quoi l'épidémie peut avoir modifié leur rapport au métier visé, fantasmé, idéalisé, dans ses dimensions épistémiques, identitaires et sociales, en termes de projection (au sens de « se projeter » dans un environnement professionnel que le coronavirus rendrait plus hostile et dangereux) ? En quoi cette situation inédite liée à la pandémie peut avoir modifié le projet en termes de trajectoire, d'identification à des modèles de rapport à soi en tant que soignant, en termes de savoirs, de professionnalités et de valeurs ?

Méthodologie de la recherche

Nous avons mené douze entretiens semi-directifs auprès d'étudiant·e·s en fin de cursus ou de professionnel·le·s débutant·e·s (moins d'un an d'ancienneté)². Les questions portaient sur le regard que portaient les individu·e·s sur la crise sanitaire de manière globale et sur son incidence sur leur formation d'infirmier·ère. Nous avons également cherché à identifier comment s'était déroulée leur formation dans ce contexte inédit et les changements majeurs qu'elle avait subi. Les individu·e·s interrogé·e·s ont été amené·e·s à s'exprimer sur leur conception de la profession d'infirmier·ère à l'entrée en formation et après le début de la crise : savoirs convoqués, revendiqués, place des patient·e·s et de leur entourage, formes de coopérations avec les différent·e·s protagonistes du soin.

Nous nous inscrivons dans une approche sociologique du concept du rapport au savoir, car elle prend en compte la réalité sociale, contextuelle et institutionnelle dans laquelle les acteurs évoluent, pour situer leurs pratiques. Dans une définition du rapport au savoir formulée par Bernard Charlot, conçu en tant que rapport au monde, à soi et aux autres (1997), trois dimensions inter-reliées se dégagent : épistémique, identitaire et sociale, répondant aux questions « pourquoi apprendre ? » et « comment apprend-on ? ».

- La dimension épistémique répond à la question « apprendre, c'est faire quoi ? » : elle désigne l'appropriation d'un objet virtuel, le savoir, consigné dans des objets empiriques (livres, manuels, programmes scolaires), prenant place dans des lieux comme l'école et déjà acquis par certaines personnes, dont les enseignant·e·s.
- La dimension identitaire concerne l'histoire du sujet, son image personnelle, ses attentes, ses repères, ses pratiques, et les rapports qu'il entretient avec autrui. Apprendre c'est se mettre en relation avec d'autres en tant qu'individu·e en fonction de ce que l'on est, de l'image que l'on a de soi, de celle que l'on veut donner. C'est la relation de sens qui s'établit entre le sujet et le savoir, qui ne peut s'accomplir qu'en présence de l'autre, physiquement ou virtuellement.
- À ces deux dimensions, Charlot ajoute une dimension sociale qui « contribue à leur donner forme particulière » (*ibidem*) dans la mesure où chacun est engagé

dans des rapports sociaux d'une part et, d'autre part, parce que le sujet dont on étudie le rapport au savoir évolue dans une société et un environnement social qui peuvent donner une forme particulière aux dimensions épistémique et identitaire du rapport au savoir.

Résultats exploratoires et perspectives

Les premiers résultats de notre étude montrent que leur expérience de la crise sanitaire a conduit certain·e·s étudiant·e·s infirmier·ère·s à questionner les modèles de formation et de socialisation habituels, en particulier sur les questions de « place », de « rôle » et de « savoirs ». Elle a favorisé l'émergence de nouveaux autrui significatifs et déplacé l'acte d'apprendre de la salle de soins ou la salle de travaux pratiques en institut de formation, vers la chambre des patient·e·s ou des lieux informels (salle de repos, machine à café, ...). Il a fallu parfois investir un nouveau rôle, trouver une autre place pour ces étudiant·e·s infirmier·ère·s, dans un environnement devenu hostile, dont l'ordre anciennement établi se redessina au fur et à mesure de l'avancée de cette crise sanitaire.

Dans les entrelacs entre singulier, différence et ressemblance, la vulnérabilité est apparue comme trait d'union entre des êtres antérieurement conçus dans une asymétrie, ordonnée par le savoir et le pouvoir, non plus le *pouvoir sur autrui*, qui donne toute liberté pour décider pour lui, parfois sans lui, mais *pouvoir d'agir*. La prise de conscience d'une épreuve commune est venue soutenir de nouvelles formes de collaboration et de partenariat avec les personnes soignées d'une part, les autres professionnel·le·s de santé d'autre part. Alors que la rencontre était plutôt perçue comme asymétrique avec la personne soignée censée être en besoin, en perte d'autonomie, la crise sanitaire a fait évoluer leur conception de leur profession, déplaçant leur regard sur ce qui les rapprochait de leurs publics plutôt que de ce qui les en éloignait. Apprendre des patient·e·s est devenu possible, détournant d'un projet initial fondé sur la toute maîtrise de la relation, des émotions, d'une image de « sachant » qui déciderait pour les patient·e·s-profane. Le contexte de crise fait ainsi émerger une nouvelle manière de concevoir le soin comme interaction visant la co-construction fondée sur la notion de besoin réciproque entre soignant·e·s et soigné·e·s.

Il amène aussi ces futur-e-s professionnel-le-s à valoriser des savoirs relationnels et s'inscrivant dans le rôle propre de l'infirmier-ère, tel que l'Organisation mondiale de la santé le définit³ :

Aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social [...]. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.

Ceci nous conduira dans un second temps à investiguer les notions de coresponsabilité et de co-émancipation dans le travail et dans le soin, en élargissant le propos aux enjeux actuels de transformation de la relation soignant-e-soigné-e vers plus de partenariat et de coaction, dans un contexte de changement de modèle de santé (handicap, vieillissement de la population, développement des maladies chroniques) et de reconnaissance de nouvelles formes d'expertise chez les patient-e-s⁴. Pour cela, il conviendra d'interroger la conception qu'ont ces jeunes professionnel-le-s de la complémentarité des savoirs, en particulier dans l'articulation entre formes d'expertise et d'expérience (Gross et Gagnayre, 2013) et quelle place ils-elles accordent aux patient-e-s comme co-auteur-e-s, ce qui est comme le soulignent Paul Olry et Joris Thiévenaz, « un basculement paradigmatique majeur dans la mesure où le malade n'est plus seulement celui qui participe au bon déroulement de son parcours de soin, mais un acteur distinct et privilégié de celui-ci » (2016 : 211).

Les résultats montrent ensuite dans les apprentissages une nouvelle place, une importance accordée au corps et aux émotions, qui jusqu'alors pouvaient être méconnues ou mises à l'écart par les tuteur-trice-s et les étudiant-e-s eux-elles-mêmes. Aux corps qui avaient appris la retenue et la mise à distance, le masque, les gants, la sur-blouse, attributs de protection, remparts contre un-e autre pouvant être considéré-e comme menaçant-e, ont paradoxalement ouvert chez ces étudiant-e-s la possibilité de se laisser démasquer en termes de fragilité, d'émotions, de vulnérabilité. Porter un masque rendait alors peut-être plus facile le fait de « tomber le masque ».

Cette même surexposition a amené à donner une place nouvelle à la sensorialité et à mesurer combien le geste, le toucher, prennent plus de sens quand on est seul face à l'inconnu. Derrière le masque, ces futur-e-s soignant-e-s se sont projeté-e-s, s'autorisant à braver certains interdits, certaines normes de conduite au sein du groupe professionnel infirmier, pour continuer à toucher et à être touché-e-s, regarder, parler, caresser. Certains sens ont pris une autre dimension, qu'ils-elles avaient écartée, mise à distance, en particulier celui des odeurs corporelles, les leurs, celles des patient-e-s, les raccordant à la même humanité. Ceci a participé à réinterroger, au sens premier dans l'identité, la place du corps dans la construction et la définition de soi, dans des modèles de formation ancrés dans le geste professionnel, l'éducation des corps, qui se sont déplacés vers plus de savoir théorique dans le contexte de l'universitarisation.

Il a ensuite fallu à ces étudiant-e-s remettre en question les traditionnelles formes de hiérarchisation dans les sociétés occidentales postmodernes entre des savoirs professionnels issus du *care* et du *cure*. Pour cela, (ré)investir la dimension du *care* dans le soin a permis de trouver de nouvelles formes de légitimité dans l'invisible, l'indicible de la relation avec la personne soignée, prenant la mesure de l'« essentiel » (Michèle, infirmière récemment diplômée). Dans ce contexte, Sybille (étudiante infirmière de troisième année) explique avoir pris conscience de l'importance d'écouter les patient-e-s dans sa connaissance de la maladie, de ses complications et de son vécu par exemple.

Passer de l'objectivation à la subjectivation au travail et du travail, s'est fondé en particulier sur un processus d'autonomisation décisionnelle. Si l'autonomie peut être envisagée au sens d'une autonomie cognitive ou décisionnelle, comme le soutient la loi HPST (hôpital, patient-e-s, santé, territoire) en 2009⁵, la penser également comme une capacité à s'autoriser à s'écarter de la norme du prescrit et à « devenir le plus pleinement possible auteur, à tout le moins coauteur, de ses actes » (Ardoino, 2000 : 129) pose la question chez des professionnel-le-s, comme les infirmier-ère-s – longtemps défini-e-s par leur relation d'auxiliaires médicaux travaillant sur prescription –, de leur capacité à s'engager dans un rapport inventif et assumé à soi. À l'interface des dimensions individuelles et collectives (le groupe professionnel), ce nouveau rapport à soi se traduit

dans la possibilité de « transgresser les “ interdits de penser” hérités des matrices culturelles dominantes » (Sorel, 2008).

Nous relierons ces enjeux à la question de l'autorité chez Jacques Ardoino qui la définit comme « traditionnellement le pouvoir de se faire respecter, obéir, de commander, de décider » (2000). Pour cet auteur, faire autorité signifie à la fois « être autorisé à » et « s'autoriser à » en s'appuyant sur des savoirs et des postures adaptées. Il précise :

lorsqu'il s'agit, plus spécifiquement, de l'autorité du sujet...il faut plutôt entendre la capacité, essentiellement acquise, conquise, autant par le travail et les effets complexes de l'éducation qu'à travers l'expérience de la vie, de se faire soi-même son propre auteur ; c'est-à-dire de décider, en connaissance de cause, des moyens dépendant effectivement de nous comme des principes qui gouverneront notre existence (*ibid.* : 200-201).

S'autoriser pour ces futurs professionnels de santé à transgresser les normes issues des générations anciennes, a demandé une conversion des regards, pour accéder à des formes de co-subjectivation conjointe et croisée avec les autres professionnel-le-s de santé, ainsi qu'avec les patient-e-s.

Ces premiers résultats nous encouragent à persévérer, dans un second temps, en nous centrant sur les questions de coaction et de co-émancipation à travers la relation de soin, en questionnant en particulier le sens du projet professionnel, au prisme des statistiques récentes sur les désaffections dans les instituts de formation en soins infirmiers.

Notes

1. Historiquement, les professions de santé se sont constituées autour des notions de *cure* – la dimension curative, hospitalo-centrée, technicienne et axée sur la maladie – et de *care* – la dimension holistique, centrée sur la personne vivant l'épreuve de la maladie, et valorisant l'aspect relationnel et la prise en compte du vécu par la personne.
2. Ces entretiens ont été menés dans le cadre de notre mission de directrice d'institut de formation, et prolongés lors de la cessation de cette activité.
3. Définition donnée en 1973, formulée dans les Résolutions de la « World Health Assembly » (WHA42.27, 45.5, 47.9, 48.8, 49.1 and 54.12) de 1993, réactualisées en 2002.

4. Nous poursuivons actuellement ce travail de recherche dans le cadre d'un projet mené au sein de la Fédération Régionale des Maisons Familiales et Rurales de Bourgogne-Franche Comté, en partenariat avec des structures de soins à domicile.
5. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires. Cette loi vise la modernisation du système de santé à travers celle des établissements de santé en réformant leur statut et leur mode de gouvernance. Elle met en place des conditions de coopération entre les institutions (établissements de santé, établissements de formation paramédicaux *via* la constitution de groupements de coopération sanitaire) ou entre professionnels de santé visant les transferts d'activités ou d'actes de soins, les réorganisations des modes d'intervention auprès des patients, formalisés par des protocoles de coopération validés par les agences régionales de santé. Elle vise également l'accès pour tous à des soins de qualité, le développement de l'accès aux soins de premier secours et de proximité quel que soit le lieu de résidence. Enfin, cette loi rend obligatoire le développement professionnel continu de tous les professionnels de santé.

Références

ARDOINO, Jacques, 2000. *Les Avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir*. Paris, Presses Universitaires de France.

BLANCHET, Vanessa, 2019. *Étudiant infirmier : « garder la face » pour être reconnu*. Mémoire de Master 1 en management et formation dans les établissements de santé. Dijon, Université de Bourgogne.

CHARLOT, Bernard, 1997. *Du rapport au savoir : éléments pour une théorie*. Paris, Anthropos.

DUBAR, Claude, 2000. *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin.

FOLEY, Rose-Anna et SARAGA, Michaël, 2021. « Soignants et étudiants face à la mort : des émotions à écarter », *Anthropologie et sociétés*, 45 (1-2), pp. 277-296.

DOI : [10.7202/1083805ar](https://doi.org/10.7202/1083805ar)

GOFFMAN, Erving, 1973. *La Mise en scène de la vie quotidienne*. Tome 1 : *La présentation de soi*. Paris, Minuit.

GROSS, Olivia et GAGNAYRE, Rémi, 2013. « Hypothèse d'un modèle théorique du patient-expert et de l'expertise du patient : processus d'élaboration », *Recherches qualitatives*, hors-série 15, pp. 147-165.

URL : www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Gross-Gagnayre.pdf

HESBEEN, Walter, 1997. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris, Masson.

HOCHSCHILD, Arlie Russell, 2003. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 9, pp. 19-49.

DOI : [10.3917/trav.009.0019](https://doi.org/10.3917/trav.009.0019)

PEREZ-ROUX, Thérèse, 2011. « Changer de métier pour devenir enseignant : transitions professionnelles et dynamiques identitaires », *Recherches en éducation*, pp. 39-54.

DOI : [10.4000/ree.4958](https://doi.org/10.4000/ree.4958)

ROTHIER-BAUTZER, Éliane, 2017. « L'Écologie des groupes professionnels. L'Exemple idéal-typique du secteur sanitaire », *Revue Éducation, Santé, Société*, 4 (2), pp. 101-113.

URL : educationsantesocietes.net/articles/1218

SAFON, Marie-Odile, 2021. *La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé. Ma Santé 2022. Synthèse documentaire*. Paris, Institut de Recherche et de documentation en économie de la santé.

URL : www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

SOREL, Maryvonne, 2008. « À propos de la professionnalisation : le retour du sujet... », *Savoirs*, 17 (2), pp. 37-50.

DOI : [10.3917/savo.017.0037](https://doi.org/10.3917/savo.017.0037)

STRAUSS, Anselm, 1992. *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan.

THIEVENAZ, Joris et OLRY, Paul, 2016. « Le "Travail" de patient. Une étude de cas », in Dominique Broussal, Jean-François Marcel et Joris Thiévenaz (dir.), *Soigner et former. Contribution des sciences de l'éducation*, Paris, L'Harmattan, pp. 205-226.

TRONTO, Joan, 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris, La Découverte.

VEGA, Anne, 1997. « Les Infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 15 (3), pp. 103-132.

DOI : [10.3406/sosan.1997.1405](https://doi.org/10.3406/sosan.1997.1405)

Résumés

De (dis)continuités en ruptures | Le Projet professionnel infirmier au prisme de la crise sanitaire

Notre propos vise à interroger les reconfigurations du sens attribué à leur projet professionnel par les étudiant-e-s infirmier-ère-s engagé-e-s depuis mars 2020 dans la gestion de la crise sanitaire dûe à la pandémie de covid-19. À partir de l'analyse d'entretiens menés auprès d'étudiant-e-s en fin de formation ou de jeunes professionnel-le-s, nous cherchons à mettre en exergue en quoi la pandémie peut avoir modifié leur rapport au métier projeté, fondé sur de nouveaux savoirs considérés comme professionnels. Nous faisons l'hypothèse que l'écart entre leurs valeurs, leurs idéaux de soignant-e-s et leur vécu dans cette crise sanitaire, ont amené ces futur-e-s professionnel-le-s à prendre conscience de certaines limites tenues habituellement dans l'ombre, qui ont pu bouleverser la construction de

leur identité de soignant-e, voire les ont amené-e-s à se penser dans un possible autre, voire parfois totalement autre en se détournant du projet professionnel initial. Cela les a conduit-e-s à investir un matériau symbolique (savoirs, valeurs) parfois ignoré jusque-là.

Infirmier-ère | Crise Sanitaire | Projet professionnel | Vulnérabilité | Identité | Savoir

From (Dis)Continuities to Ruptures | The Professional Nursing Project through the Prism of the Health Crisis

My purpose is to question the reconfigurations of meaning attributed by nursing students involved since in managing the health crisis March 2020 to their professional project. Based on the analysis of interviews conducted with students currently at the end of their training and young professionals, I seek to highlight how the epidemic may have modified their relationship to their planned profession, based on new knowledge considered as professionals. I hypothesize that the gap between their values, their nursing ideals and their experience in this health crisis, led these future professionals to become aware of certain limits usually kept in the shadows, which could upset the construction of their caregiver identity, even led them to think of themselves in a possible other, or even sometimes totally other by turning away from the initial professional project. In doing so, this led them to invest in symbolic material (knowledge, values) that had sometimes gone unacknowledged until that point.

Nurse | Health Crisis | Professional Project | Vulnerability | Identity | Knowledge

Autrice

Diane Grober-Traviesas | diane.grober.traviesas@gmail.com

Université Paris 8 Vincennes – Saint-Denis | Centre interdisciplinaire de recherche « Culture, Education, Formation, Travail » – CIRCEFT (EA 4384)

Diane Grober-Traviesas est infirmière, cadre de santé, et a exercé des fonctions de direction dans un institut de formations paramédicales durant de nombreuses années. Après un parcours universitaire diversifié (histoire, sciences de l'information et de la communication), elle soutient prochainement une thèse de doctorat en sciences de l'éducation et de la formation. Elle occupe aujourd'hui des fonctions d'enseignante universitaire et de chargée de mission sur des projets européens dans la filière « Services et soins aux personnes ». Elle a publié sur des sujets comme la professionnalisation des étudiants en santé et des formateurs, le rapport au savoir ou la coopération au sein des équipes soignantes.