

La socialisation des infirmières : Enquête au service des Urgences Médicales d'Oran.

Par Lagraa Iméne Kheira¹

Résumé

L'identité professionnelle est l'aboutissement de la socialisation à une pratique professionnelle. Le processus de socialisation est une transmission de valeur, de norme et de savoir propres à une catégorie professionnelle. C'est aussi une projection de soi de l'infirmière dans un avenir professionnel visé. Cet exposé constitue une partie d'une enquête qualitative plus large sur "*L'identité professionnelle des infirmières au service des Urgences Médicochirurgicales d'Oran*". Il a pour objet de comprendre les motivations des infirmières à exercer ce métier en Algérie. La socialisation prépare certes les étudiantes à devenir des infirmières mais quel la question posée est de savoir quel type d'infirmière et quels sont les éléments important au cours de la formation ? Aussi cette étude s'applique à exposer le regard des infirmières porté sur leur parcours au cours de la formation paramédicale. En effet, les infirmières vont progressivement acquérir des savoirs à l'origine du travail technique et relationnel. Elles s'approprient ces savoirs, et les restituent par la suite en fonction de leurs conceptions de la pratique soignante.

Mots clés : socialisation professionnelle- infirmières-service des urgences- représentation.

Title: The socialization of nurses: Survey of Medical Emergency Service of Oran.

Abstract

Professional identity is the result of socialization in professional practice. The socialization process is a transmission of values, norms and knowledge specific to an occupational category. It is also a projection of oneself in a nurse's professional future in question. This presentation is part of a wider qualitative study on "*The professional identity of nurses in medical-surgical emergency department of Oran*". It aims to understand the motivations of nurses to practice this profession in Algeria. While socialization prepares students to become nurses but what the question is what type of nurse and what are the important elements in the training? Also this study applies to expose the eyes of the nurses focused on their progress during the paramedic training. Indeed, the nurses will gradually acquire the knowledge behind the technical work and relationships. They take ownership of such knowledge, and restore them later according to their conceptions of the practice nurse.

Keywords: professional socialization, nurses, emergency department, representation.

¹ Doctorante en sociologie de la santé, GRAS (groupe de recherche en anthropologie de la santé) Université d'Oran. Cité des chercheurs, route de l'aéroport, (ex I.A.P Es Senia) B.P1801/08 ,31000 Oran, Algérie. lagraa.imane@hotmail.fr

Introduction

Le métier d'infirmière vit une crise mondiale. En effet, l'organisation mondiale de la santé [1] affirme l'existence d'une pénurie du personnel infirmier à l'échelle internationale. Qu'en est-il de l'Algérie ?

En 2008, les chiffres officiels indiquent que 92000 infirmières exercent dans diverses structures sanitaires. La moyenne nationale est d'une infirmière diplômée d'État pour 650 habitants et d'une infirmière brevetée pour 900 habitants (Ouali Mohand, 2008).

Cette situation engendre une réduction du personnel infirmier par hôpital et par malade. On est loin de la norme internationale, en moyenne une infirmière prend en charge 20 malades, alors que la norme internationale est d'une infirmière pour 4 malades [2].

Oran souffre également de ce déficit. On compte 3308 infirmières dans les différentes structures hospitalières dont 2563 diplômées d'État et 745 brevetées (Boukràa, 2008). Sur le terrain, ce manque d'effectif affecte le travail infirmier et la qualité des soins.

Ainsi, partant de ce constat, il semble pertinent de mener une étude sur cette catégorie professionnelle dans le but de comprendre et d'analyser la manière dont les infirmières envisagent dans cette pratique en abordant en premier lieu leur introduction à ce métier et quel représentation portaient-elles sur leur formation.

L'étude de l'identité professionnelle est indissociable de la façon dont les infirmières conçoivent leur formation. La socialisation prépare à assurer une profession donnée en s'initiant aux multiples aspects de sa future profession. Au cours de cette socialisation, l'individu intériorise les comportements d'être, de penser et d'agir du groupe professionnel. En somme, cette socialisation secondaire se définit comme "*tout processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans de nouveaux secteurs du monde objectif de la société*" (Becker 2002 p58), en l'occurrence le monde professionnel.

En Algérie, la formation au travail infirmier dure trois ans. Elle intègre des cours théoriques et des stages pratiques dans différentes structures hospitalières. Elle est encadrée par des cadres infirmières œuvrant au sein de ces structures. Lors des stages, l'élève infirmière sera confronté à la réalité de son nouveau métier. Elle apprendra aussi comment devenir infirmière et construira sa propre conception du métier choisie. Cette recherche traite de cette période

dans la trajectoire de l'infirmière en s'arrêtant sur la phase d'immersion dans la pratique soignante.

Afin d'investir dans les socialisations des infirmières, cette étude fait référence à la sociologie de Max Weber. Il s'agit de relever les significations attribuées par infirmières à leurs activités. Cette perspective permet de comprendre du dedans les différentes situations de formations définies par elles. Cette enquête s'appuie également sur l'approche interactionniste se basant sur les recherches de Claude Dubar " *Socialisation et construction des identités sociales et professionnelle* " paru en 1996, ce sociologue éclaire sur le concept de socialisation. Une socialisation professionnelle est le passage d'une posture profane à une posture spécialisée. Cette conversion permet l'insertion progressive à un groupe professionnel donné. Par ailleurs, elle se dessine dans la continuité de la trajectoire de l'acteur. En effet, devenir un professionnel se joue pendant et /ou après l'obtention du diplôme. Claude Dubar s'appuie sur de nombreuses études dont celle d'Everett C Hughes (1958), *Men at their Work* [3]. Ce dernier construit un " *schème de référence* " pour étudier la socialisation professionnelle. Ce schème de référence comporte divers mécanismes distincts. Ces mécanismes réunissent les différentes phases vécues par l'acteur au cours de sa socialisation.

La méthode qualitative est la plus appropriée. Elle permet d'approfondir les sens attribués à leur formation et saisir les différentes situations dans le cadre celle-ci. Pour y parvenir, deux techniques semblent pertinentes. D'une part l'entretien semi-direct, en recueillant le discours des infirmières sur leurs expériences et leurs représentations sur leur socialisation. La technique de l'entretien a semblé la plus adaptée, non seulement pour rester en accord avec la méthode qualitative mais également pour être en accord avec le thème de la recherche. D'autre part, l'observation directe permet de décrire les tâches effectuées par les infirmiers en cours de leur stage et concernant leur encadrement.

Cet exposé s'appuie sur une enquête entamée en juillet 2008 et terminée en juin 2009. Le service des Urgences Médicales Chirurgicales d'Oran a constitué le terrain d'investigation. 72 infirmières et 17 infirmiers travaillent dans cette structure. 7 infirmières, 3 infirmiers et deux stagiaires y ont contribué. Nous avons diversifié notre population d'enquête (sexe, situation de famille, diplôme, expérience professionnelle).

1_Le choix du métier d'infirmière

Intégrer une profession commence par une réflexion, une motivation voire un vœu. L'infirmière ne choisit pas au hasard ce métier. Ce choix est guidé par des intérêts, une nécessité, ou même une vocation. Dans cette ligné, le choix d'un métier apparaît comme *" une construction personnelle d'une stratégie identitaire mettant en jeu l'image de soi l'appréciation de ses capacités, la réalisation de ses désirs "* (Dubar 1996 p21)

Il est pertinent de découvrir les raisons pour lesquelles une personne décide d'exercer une profession plutôt qu'une autre. En outre, le choix peut être confirmé ou repensé au cours de la trajectoire professionnelle de l'acteur. En d'autres termes, le choix professionnel peut ne pas être définitif.

Plusieurs facteurs entrent en considération dans le choix du métier d'infirmière. Dans le discours des infirmières, le temps de la formation apparaît comme un facteur déterminant. La future infirmière ne se projette pas dans un avenir professionnel et ne prend pas en compte le métier choisi. En effet, le souci de terminer des études de cycle court et d'en finir avec l'institution scolaire est la principale raison du choix professionnel. Les études paramédicales sont privilégiées. Elles permettent de s'insérer rapidement dans la vie professionnelle. Au dire des infirmières, c'est la raison principale pour intégrer le corps infirmier. Les propos de Dalila [4] le montre bien.

" Je n'ai pas choisi de faire infirmière parce que j'aimai ce métier, non, mais honnêtement c'est à cause du cycle court de ces études. Je ne savais rien de cette métier mais alors rien du tout je voulais seulement travailler vite ". (Dalila, 29 ans, 9 ans d'expérience professionnelle).

Le choix de la profession est rationnel orienté vers une finalité : intégrer rapidement le marché du travail. Les études en cycle court sont le moyen pour y parvenir. Le facteur temporel est décisif dans le choix du métier d'infirmière. Ce choix a été pris à un moment précis de la trajectoire de l'acteur. Il peut être remis en question une fois intégré dans le métier et immerger dans une réalité professionnelle sans doute mal connue.

" Je regrette d'avoir gâché un bac scientifique parce que j'ai fais médecine mais à cause du nombre important d'années d'étude, j'ai changé en paramédical. Pour moi, c'était beaucoup plus court mais vu les conditions dans les quelles je travaille je regrette ce choix "(Sarah, 26 ans, 4 ans d'EP)

L'objectivité du choix professionnel ne signifie pas forcément l'épanouissement professionnel. Le manque d'information sur le métier est la cause principale de la déception.

Opposées à la rationalité, les sentiments peuvent être un moteur de motivation pour devenir infirmière.

" Depuis mon enfance j'aime ce métier. Je l'ai toujours adoré. La blouse blanche me fascine. En plus, j'aime aider les gens. J'aime l'humanité. Tu peux dire que c'est ma passion. Pour moi, c'est la plus belle chose au monde " (Latifa, 29 ans, 6ans EP).

L'ambition d'aider les gens peut représenter un facteur subjectif important dans le choix de la profession d'infirmière. Ainsi, l'agent se projette dans la dimension humaine du travail, occultant la totalité du métier.

Le choix de la profession d'infirmière met en jeu, d'une part un intérêt immédiat dans une insertion professionnelle rapide, d'autre part une passion pour ce métier. On retrouve les motivations objectives avec des intérêts clairement définis et en rapport à une période précise de la trajectoire sociale de la personne. Il y a aussi, la prégnance des motivations articulées au désir à l'aide à la personne. Ces finalités ont accompagné la personne tout le long de sa trajectoire sociale. Ainsi, le choix de la profession est motivé par deux enjeux. Le premier comprend le désir d'aider et des sentiments d'altruisme et de dévouement ; le second est d'intégrer un emploi au plus vite. Le métier d'infirmière est un moyen et non une finalité. Dans les deux cas l'imaginaire de la future infirmière est focalisé vers un monde idéal. L'infirmière se projette comme une personne disponible, complaisante et avenante, toujours prête à aider les autres dans un cadre de travail bienveillant. Cette étape est nommée par Fred Davis [5] comme *" l'innocence initiale "* ou *"le règne sans partage des Stéréotypes professionnels des infirmières "* (C Dubar 1996 p147).

Après avoir effectué leur choix, les infirmières intègrent l'école paramédicale. Elles étudient la pratique infirmière en s'initiant d'abord à un savoir théorique. Il apparaît donc pertinent de s'intéresser à ce savoir abstrait.

2_L'acquisition d'une culture professionnelle

L'entrée à l'école paramédicale est une étape initiatique. L'individu s'inscrit officiellement dans la trajectoire professionnelle. Il s'approprie *" une culture professionnelle "* (Dubar C, 1991, p 101) Cette culture impliquant un savoir scientifique et une conversion au rôle professionnel.

Cette phase implique la rupture avec le monde profane et l'implication dans le monde professionnel. E Hughes disait *« Le passage à travers le miroir »* ou *« regarder le monde derrière soi en sorte qu'on voit les choses écrites dans le miroir »* (cité par Dubar C 1994).

En référence au statut des paramédicaux régie par le décret N°91-107 du 27 avril 1991. La formation d'infirmière en Algérie accentue le caractère médico_délégué du métier. Le savoir

inculqué est un savoir médical restreint. " *On subordonne la pratique infirmière à des savoirs médicaux scientifiques et techniques* " (Aiiach, D Fassin 1994 p 248).

Concernant leur savoir théorique, les infirmières mettent l'accent sur les connaissances médicales au détriment des connaissances d'asepsies [6]. Ces connaissances ont une utilité limitée dans la réalité professionnelle.

" La théorie et la pratique sont deux chose totalement différentes. Les cours étaient assurés par des médecins. En classe, on nous disait d'éviter de faire des fautes. C'était très strict et c'était des cours très difficiles à apprendre mais quand tu es en pratique, tu ne peux pas appliquer ces cours. Ce qu'ils nous apprennent théoriquement sur l'hygiène n'a pas d'importance. Ici, tu es tellement occupé tu penses qu'à administrer le traitement au malade, l'asepsie et ce genre de truc n'existe pas " (Dalila, 29 ans, 7 ans d'expérience professionnelle)

Les infirmières accordent de l'importance au savoir médical. Il est le moyen de marquer leur différence avec les aides-soignantes. L'appropriation difficile de ce savoir complexe serait la preuve de leur supériorité sur le métier d'aide-soignant.

Au cours de l'enquête les infirmeries débâtaient souvent sur ce sujet en échangeant leur point de vue sur leurs compétences et savoirs et en comparant les modules étudiés. Les infirmières s'appliquaient à démontrer la difficulté d'acquérir le savoir infirmier ce qui *à priori* sert à valoriser leur pratique par rapport à celle d'aide soignante

Les infirmières rapportent leur métier au domaine de la médecine. Elles s'identifient aux médecins. Leur savoir médical légitime cette identification. Pourtant, les infirmières notent une dichotomie entre le savoir enseigné et la pratique professionnelle en milieu hospitalier. Norah évoque le fossé existant :

" Ce qu'on étudie en formation et ce que on fait ici c'est totalement autre chose. Nous sommes des aides médecins, c'est normalement notre travail. Nous, on a étudié la gastrologie, les diagnostics différentiels, la neurologie. Des études très difficiles et sans parler des examens pratiques et écrits. Pendant trois ans, tu étudies durement pour obtenir ton diplôme. À la fin, on fait autre chose par exemple on se retrouve à faire la toilette du malade alors que c'est le travail de l'aide soignant (ATS). En contre partie, les ATS font le travail des infirmières alors qu'ils ont fait des études sur des choses totalement différentes " (Norah, 31 ans, 9 ans d'EP).

Le savoir théorique a perdu de son sens pour de nombreuses infirmières. Leur discours est orienté vers l'incompréhension d'une situation qui les dépasse. La crise identitaire résulte de la frustration liée à une remise en question du savoir acquis au cours de la formation au contraire de la réalité qui les conduit à assumer des tâches d'aide-soignantes.

En *"s'appuyant sur un enseignement des théories de soins infirmiers s'est éloignée peu à peu de l'emprise des savoirs empruntés aux médecins"* (M Sorel, R Wittorscki 2005 p 71) Les infirmières françaises revendiquent un rôle propre [7] pour faire face au malaise du métier d'infirmières. L'infirmière du service des urgences médicales donne une plus-value au savoir médical. Pour elles, cela permet de accéder à la satisfaction professionnelle et à une valorisation sociale de son statut par l'utilisation du savoir médical dominant.

L'autre point important de la formation est lié à la dimension relationnelle du travail infirmier. Elle se traduit essentiellement dans les soins apportés par l'infirmière au patient. *"L'aspect psychologique ... l'infirmier doit savoir un minimum de psychologie. Nous, on l'a étudié trois mois pour apprendre comment parler au malade lorsqu'il déprime, comment lui remonter le moral. S'il a quelque chose de grave tu ne dois pas le lui montrer. Mais plutôt parler avec sa famille pour ne pas avoir de complication. L'infirmière doit savoir comment parler"* (Khalil, 40 ans, 17 ans d'expérience professionnelle).

La relation d'aide [8] au patient s'avère être un pôle important du travail infirmier développé en grande partie par des infirmières pionnières. Elle est introduite de nos jours dans la formation paramédicale. Toutefois, les infirmières accordent plus d'importance au savoir médical. Cet intérêt est lié à l'image valorisée du médecin. Mais, il s'opère au détriment d'un savoir propre notamment la relation d'aide et le savoir en rapport avec l'asepsie (Marie-Françoise Collière, 2003).

Dans leur pratique quotidienne, la relation d'aide est circonscrite à des soins précis. Ce savoir a une fonction ponctuelle. Prendre le temps de parler au patient (l'accueillir, lui expliquer le soin en question, apaiser sa souffrance, l'encourager ...etc.) est une dimension qui s'efface au profit de la partie technique du métier.

"On a étudié l'aspect psychologique à l'école. Mais honnêtement à part lorsque j'effectue un lavage nasogastrique C'est un acte très difficile car il faut maintenir le patient et lui introduire un tube afin de l'obliger à vomir. Généralement c'est le cas de tentative de suicide par intoxication médicamenteuse alors la patiente parce que le plus souvent ce sont des jeunes filles, ne veulent pas être soignées. Je leur explique ce que je vais faire. Je lui parle du

poison qui est dans son organisme. Je lui demande son nom au cas où elle perd connaissance. C'est le seul soin où j'applique la psychologie sinon je n'aime pas trop être proche du malade " (Khadija, 33ans, 10 ans d'expérience professionnelle).

Dès le début de la trajectoire professionnelle, les infirmières ressentent une certaine frustration. Le désir de valorisation se fait sentir. Pour aboutir à cette valorisation, elles comptent sur acquis médical. Ce savoir médical oriente le métier d'infirmière vers une identité de technicienne ; il est également l'affirmation de leur primauté sur les autres paramédicaux. Armées de ce savoir, les infirmières entrent dans une nouvelle phase : appliquer les acquis théorique d'une manière fonctionnelle. En effet, le savoir théorique devient progressivement un savoir pratique. Par conséquent, il semble pertinent de voir par quel cheminement les infirmières se représentent cette phase de leur socialisation.

3_La mise en pratique

L'initiation à la culture professionnelle s'effectue par le biais des professionnelles certifiées au sein de l'espace hospitalier. La transmission des savoirs techniques et relationnels en soins infirmier suppose un apprentissage spécifique. L'étudiant développe les compétences caractéristiques à la pratique infirmière. Ces connaissances vont être modifiées et corrigées tout au long de la carrière professionnelle devenant, de ce fait, l'expérience professionnelle de l'infirmière (Wenner 2006).

Ces connaissances intègrent le savoir de la pratique des soins et le savoir-être de l'infirmière. Cette distinction est utile dans l'étude de la socialisation au métier d'infirmière.

Développer le savoir-être correspond aux capacités de produire des actions et des réactions en rapport avec des événements professionnels. Le savoir-être de l'infirmière se déploie dans les relations professionnelles (relation avec le patient, la famille, les médecins ...etc.), Il se dessine a travers différentes formes comme l'empathie, la responsabilité, le contrôle émotionnel, contrôle comportemental...etc. (Daigle 1991).

Les représentations des infirmières sur le savoir-être transmis par leurs pairs sont centrées sur le contrôle de leurs émotions.

"On me disait qu'il fallait se maitriser devant le patient, et c'est vrai, il faut pas montrer qu'on est inquiet ou qu'on a peur, sinon son état peut s'aggraver, ou bien il sera agité, on ne montre pas des fois on se focalise juste sur les soins " (Latifa, 29 ans, 6ans EP).

La maîtrise de soi est un travail émotionnel réalisé par les infirmières. C'est aussi une stratégie pour gagner la confiance du patient dans le but d'accomplir au mieux le soin nécessaire. Elle est par là-même une incorporation d'un *habitus* (P Bourdieu, 1980). En se focalisant sur l'acte technique au détriment de la relation d'aide, l'infirmière intériorise une logique de technicienne. Cependant, le patient n'est pas toujours perçu comme un objet de travail figé et inanimé. Il peut être considéré comme un être vivant doté d'émotions et de sensation.

" Quand j'effectue un soin. Je dois être très concentré même en urgence parce que je ne travaille pas sur une machine. C'est un être humain, si je fais une erreur il peut perdre la vie, je dois toujours avoir cela en tête tout le temps, urgence ou pas. C'est notre travail. On doit être consciencieux, par exemple, on m'a appris à vérifier la date de péremption du traitement pour la sécurité du patient. Cela doit être automatique" (Khalil, 40 ans, 17 ans d'expérience professionnelle).

Le savoir-être face au patient implique un engagement de soi dans le travail. La responsabilité affichée par les infirmiers résulte des pratiques transmises par les encadreurs et assimilées par les stagiaires. Le savoir-être est mis en pratique dans différentes situations. Pour exemple au cours des soins, les infirmières sont confrontées à des odeurs désagréables. Les étudiantes sont prévenues de certaines attitudes à adopter pour faire face à ce genre de désagrément.

"Quand j'étais stagiaire, j'avais du mal à m'habituer (silence) en fait, on ne s'habitue pas, on supporte ce n'est pas la même chose, des fois j'ai même vomi, mais on me disait qu'il ne fallait pas le montrer, au moins d'essayer de cacher ton dégoût des fois tu ne peux pas mais il ne faut pas complexer le patient " (Fatiha, 30 ans 7 ans d'EP).

Ce témoignage montre que le savoir-être est un moyen pour éviter d'éventuelles remarques d'un patient déjà fragilisé. Ces différentes conduites vis-à-vis du patient sont des connaissances pratiques assimilées pendant le stage ; Elles définissent la déontologie du métier d'infirmière.

L'apprentissage des soins infirmiers se construit selon des étapes. Il s'agit de débiter par gestes simples pour aboutir progressivement à l'intériorisation des soins. L'étudiante verra ces peurs se transformer au fur et à mesure de sa progression au cours du stage.

Au cours du stage, l'étudiante pourra uniquement observer la manière d'opérer des gestes techniques et servir les instruments de soins aux infirmières-enseignantes.

"Les premiers temps on observait, on ne touchait à rien, il y a même des services où on avait l'interdiction de toucher à qui que se soit, ça dépend aussi du chef de service " (Amine, 45 ans, 18 ans d'expérience professionnelle).

"Les stagiaires, je leur dis : regarde comment je fais quand tu te sentiras capable de le refaire toute seule dis le moi " (Khadija, 33ans, 10 ans d'expérience professionnelle).

L'étude par l'observation témoigne aussi de l'absence de confiance. Cette méfiance en l'aptitude à effectuer le geste est partagé non seulement par l'infirmière mais également par le stagiaire. La stagiaire assure des gestes sans grande importance en apparence (apporter du matériel, tenir les pansements, où maintenir le patient pendant les soins). L'apprentissage des soins infirmiers commence simultanément par ces fonctions simples ; elles servent, semble-t-il, à impliquer progressivement l'étudiant dans son rôle d'infirmier et à l'initialisée à l'exécution des soins.

L'étape suivante introduit la parole dans le processus d'apprentissage. L'infirmière énonce, explique et énumère le soin *"nous allons procéder à un lavage ... "*, *" le médecin veut qu'on fasse un sondage urinaire... "*, *" On prend le tube et on l'incorpore dans la bouche du patient en douceur sans le brusquer... "*.

L'énonciation et l'énumération des soins *" joue un rôle prépondérant, la mémorisation par énumération à voix haute et la répétition des gestes s'incorporent progressivement pour parvenir à la maîtrise du geste "* (Thouvenin 2004 p40). Ainsi, l'énumération décompose le soin en gestes distincts. Parallèlement, l'étudiante commence à toucher le patient *"touches dis- moi comment c'est qu'est ce que tu sens... "*. *" Tu sens cette odeur, elle a fait une intoxication médicamenteuse... "*. Les sens sont utilisés dans l'apprentissage des soins. L'étudiante n'est pas un automate. Elle n'apprend pas à faire les soins de façon mécanique. Elle ne les assimile pas de manière rigide. Par ce moyen, l'étudiante sera plus autonome face aux situations contingentes.

" Il ne faut pas apprendre comme un robot (silence) on fait ça après on fait ça ensuite il faut procéder comme cela (silence) ce n'est pas comme ça qu'on apprend. Parfois, il faut réfléchir, si tu trouves qu'il n'y a pas de retour dans une veine, il faut palper, il faut utiliser toute les ressources disponibles. Ce n'est pas aussi simple et c'est fatigant " (Sarah, 26 ans, 4 ans d'EP).

Au court du stage pratique à l'hôpital, l'étudiante tente de pratiquer le soin seul sur un patient inconscient à " oui-clos ". Ainsi, la stagiaire appréhende moins les soins. N'étant pas soumise

aux jugements du patient ni de celui de sa famille ; la stagiaire peut se concentrer uniquement sur le soin.

" Soigner les patients inconscients les premières fois c'est toujours mieux, tu n'as pas la pression de sa famille, tu es moins stressée, il ne regarde pas, il ne t'insulte pas si tu lui fais mal mais ça veut pas dire que tu dois mal le faire " (Khadija, 33ans, 10 ans d'expérience professionnelle).

Pour éviter les situations de conflits, les infirmières établissent une distance avec les proches du malade. Elle justifie cet éloignement par souci d'intimité du patient lors des soins. Mais on retrouve aussi un besoin de se préserver du jugement exprimé ou observé par les infirmières. Pour (Peneff, 1992,p96) *" travailler sous le regard des tiers intéressés, tenir à distance l'environnement familial est un moyen de prévenir des critiques et d'éviter les demandes intempestives "*.

L'injection est le premier geste à apprendre. Il représente le passage symbolique du oui-clos à la salle de soin. Une fois l'injection maîtrisée, les stagiaires peuvent prendre en charge des patients éveillés. Néanmoins, il n'est pas question de se présenter aux patients avec le statut de stagiaire. L'étudiant s'approprie le rôle d'infirmier expérimenté pour gagner la confiance du patient. Pour la stagiaire, le patient n'accepte pas de se faire soigner par une stagiaire. Il se représente comme un objet pédagogique et non comme une personne nécessitant de l'aide. Cette représentation est partagée par la famille du patient.

" On ne dit jamais qu'on est stagiaire. On fait les soins comme si on était infirmière et on ne montre pas qu'on a peur. Les patients sont méfiants dès qu'ils savent que tu es stagiaire. Ils pensent qu'on ne sait pas faire et qu'on les utilise pour apprendre " (Wafia, 21 ans, stagiaire).

À l'étape finale, on permet à l'étudiant de réaliser le soin. L'infirmière-cadre accompagne la stagiaire ; elle l'observe, la seconde et le guide. *"C'est bien, continues.... tu y arrives", " soulèves ta main et ouvres le garrot "*. Elle peut éventuellement le corriger en posant ses mains sur les siennes. Ensemble, elles exécutent les gestes techniques.

L'apprentissage des techniques de soin s'inscrit dans la durée. Il ne se limite pas seulement à la formation. Ces connaissances pratiques s'acquièrent avec le temps. Les nouvelles situations, les nouveau cas sont porteurs de nouvelles données. Elles permettent d'acquérir des compétences et de l'expérience professionnelle. L'apprentissage des soins ne se réduit pas à une diffusion des savoirs faire et savoirs être. Il apparaît comme une transmission d'une

culture professionnelle qui reste à personnaliser et à développer. Avant d'être développée, la culture est communiquée par d'autres infirmières. Les deux intervenants, stagiaire et infirmière sont dans une relation hiérarchisée. Parallèlement, cette relation renferme aussi une coopération. Il n'est pas sans intérêt de relever le regard des infirmières sur la relation stagiaire/ encadreuse.

4-L'identification à un groupe de référence

Selon l'article 27 du décret exécutif N°91-107 du 27 avril 1991 portant le statut particulier des personnels paramédicaux, l'encadrement des stagiaires à l'hôpital est pris en charge par les cadres infirmières dans les écoles paramédicales. Au sein de l'hôpital, les infirmières sont chargées du suivi des stagiaires.

L'encadrement est un processus pédagogique visant à accompagner et transmettre un savoir pratique aux stagiaires. Il implique une interaction entre l'étudiante et le formateur.

Selon Martin (1991), pour apprendre, l'étudiant en soins infirmiers doit trouver en face des formateurs prêts à partager leurs savoirs et à s'investir auprès du stagiaire. L'évaluation fait partie intégrante de l'interaction. Elle s'en ressent lors de l'apprentissage des pratiques soignantes " *Ce n'est pas comme ça qu'on fait, tu le fais mal* " ou bien " *Si tu ne peux pas le faire laisse les autres le faire à ta place* ".

Or, les stagiaires portent aussi un regard critique sur leur formateur. Partant de ce jugement, les stagiaires s'associent de manière informelle à l'infirmière jugée apte à les diriger. Les stagiaires Khalida et Wafia évoquent leurs formateurs :

" *Les premiers temps on observait, et on remarquait. On était plus à l'aise avec Latifa, Sarah a une façon de parler très autoritaire et Nassim (sourire) Tu connais comment il est, il se promène à droite à gauche, mais Latifa est gentille, elle s'énerve pas sinon il y a aussi Dalila en réa, elle est bien aussi* ".

Les stagiaires comparent les encadreuses. Cette comparaison permet de distinguer entre les bonnes et les mauvaises encadreuses. En plus du savoir transmis, d'autres bases entrent en considération dans cette évaluation. Le professionnalisme et la personnalité des encadreuses sont aussi envisagés comme éléments pertinents.

Cette distinction socioprofessionnelle des encadreuses, il est implicitement le désir de s'identifier à elles. Cette identification est importante pour le stagiaire. Elles constituent pour elle le " groupe de référence " auquel souhaiterait être affilié. Or, un autre groupe de référence

est évoqué lors de la formation théorique : il s'agit des infirmières françaises, présentées comme des professionnelles idéales.

" Pendant notre formation, on nous parlait sans cesse des infirmières françaises. On nous disait : Il faut faire comme elles. Ce sont de bonnes infirmières. Tous les jours, on nous parlait d'elles. On nous promettait un monde parfait où il fallait être comme elles. On nous disait qu'elles aiment leur métier et qu'elles sont toujours au service du patient. Je ne te parle pas de l'excellence de leurs soins. Après, on est entré ici on a vu (silence) Les infirmières faisaient n'importe quoi ; des fautes inimaginable. On cherchait des infirmières comme celles dont on nous avait parlé. On nous parlait des infirmières françaises. On a cru que c'était similaire ici mais non c'est même l'opposé. Dans les hôpitaux, tu vois les autres infirmières faire n'importe quoi" (Latifa, 29 ans, 6ans EP).

La difficulté de concilier un idéal encouragé par l'école paramédicale et la réalité quotidienne à l'hôpital provoque une crise identitaire. L'étudiante-infirmière doit reconstruire une identification à un autre groupe de référence. Ce nouveau groupe devra être le plus représentatif du premier.

Cependant, les stagiaires montrent bien les relations limitées avec leurs encadreuses. Elles acquièrent des savoirs pratiques en exploitant leurs motivations et le savoir théorique acquis au cours de la formation. L'autonomie est le résultat de l'indifférence des encadreuses à l'égard de la stagiaire.

" L'encadrement, il y a pas d'encadrement. C'est au stagiaire d'être audacieux et téméraire cela dépend aussi de sa volonté. S'il veut apprendre ou non, tu peux t'aider des cours d'anatomie et l'observation en stage. Mais l'encadrement il n'y a pas. D'ailleurs, tu as dû remarquer les stagiaires. Ils sont tout le temps tous seuls, (et pourquoi il y a pas d'encadrement ?) (Hésitation) Parce qu'elles (les infirmières) sont débordées par leur travail alors leur imposer en plus de former des stagiaires...ça fait beaucoup " (Amine, 48ans, 18ans EP).

En la présence de l'encadreuse, les infirmières évoquent aussi des fautes commises en compagnie de leurs formatrices. Ces lacunes étaient récurrentes dans leurs discours.

"À mon premier stage l'infirmière m'a mal appris, moi je ne savais rien j'étais en deuxième année, elle prenait des compresses stériles avec ses mains sans gant et les cisailait. Nous, on faisait comme elle mais lors des cours théoriques sur la stérilisation. J'ai vu que je faisais des erreurs, alors je me suis corrigé " (Khalil, 40 ans, 17 ans d'expérience professionnelle).

Le savoir théorique correspond à un régulateur pour les étudiantes. Il sert de base pour corriger et évaluer les pratiques et soins appris au contact des infirmières. En présence des formatrices, les stagiaires notent les différentes manières de procéder pour exécuter le même soin, les stagiaires concluent qu'un seul soin a des formes multiples de réalisation.

" Quand tu es ici, tu remarques les différences entre les encadreur, tu prends conscience que finalement chacun travaille à sa guise. Maintenant, à toi de voir la façon avec laquelle tu es à l'aise " (Fatiha, 30 ans 7 ans d'EP).

Les relations stagiaires/ encadreuses sont ambiguës en raison du pouvoir de ces dernières. L'infirmière encadreuse a la possibilité de déléguer les tâches encombrantes aux stagiaires. L'expression sale boulot renvoie à ces tâches incommodes et désigne les fonctions socialement dévalorisées (E Hughes 1996). Une des composantes du *Nursing* [9] fait souvent cas de délégation. En effet, la toilette est associée au travail contraignant. Cette partie de la pratique soignante rend le travail pénible pour les nouvelles stagiaires.

" Parfois je me demande pourquoi je suis là en train de nettoyer un malade. Je n'ai pas étudié pour cela, c'est inconcevable pour moi. Parfois, je voudrais abandonner " (khalida, 21 ans, stagiaire)

Cette dualité entre " *le modèle idéal* " et ce qu'on peut appeler la réalité concrète "modèle réel" entraîne une remise en question du projet professionnel (Dubar 2001). Cette frustration perdure jusqu'à l'acceptation partielle de la réalité. Dans le processus de socialisation intervient une succession de rôles. Ces rôles ne sont pas toujours en adéquation avec les représentations du stagiaire à son entrée en stage.

Amine parle de son stage à l'hôpital et de ses encadreur. Dans son cas, les stagiaires étaient encadrés par des aides- soignants.

" J'étais encadré par des ATS. Ils étaient très bien. Ils m'ont bien appris. C'étaient de bons formateurs. Au début, ils nous ont aussi appris comment faire la toilette (silence). Ce n'est pas mon travail. Mais bon si le malade n'est pas propre tu peux rien faire, tu ne peux pas travailler "

Ces encadreurs atypiques facilitent à un certain point l'acceptation du sale boulot . La saleté est perçue comme un obstacle au vrai travail infirmier. L'hygiène du malade symbolise le préliminaire du " vrai " travail soignant. De ce fait, le *nursing* ne fait pas proprement partie des soins infirmiers, selon elles.

Mais la délégation de sale boulot et la subordination de la stagiaire peuvent s'inverser au profit de celle-ci. Le savoir pratique une fois transmis, devient source de pouvoir utilisé par la stagiaire. Elle s'approprie cette ressource cognitive combinée à sa connaissance des insuffisances de l'hôpital comme moyen de négociation. Ces marchandages ont pour but d'obtenir une position plus confortable et plus avantageuse.

Le manque de personnel est la cause de la surcharge de travail des infirmières. Pour palier à cette surcharge, l'infirmière négocie avec la stagiaire expérimentée, qui a une certaine autonomie pour l'aider dans son travail. La maîtrise des compétences légitime cette négociation, En effet, le savoir-faire représente un pouvoir utilisé par les stagiaires dans des situations pareilles. La stagiaire devient salutaire pour l'infirmière dans l'exercice de son métier. Cependant, la plupart du temps, les infirmières mettent la pression sur les stagiaires. En effet, Les stagiaires attribuent aux méthodes d'apprentissage des infirmières une violence symbolique. Celle-ci est utilisée par certaines infirmières pour maintenir leur pouvoir et la subordination des stagiaires.

" Tu sais tout le monde n'a pas les aptitudes pour former. Par exemple Amel passe son temps à nous crier dessous, elle pense que comme ça on va la respecter et c'est aussi une façon de nous monter qu'elle a une supériorité sur nous " (Wafia, 21 ans, stagiaire)

Pour les infirmières, être sévère est justifiée. Selon elles, il est nécessaire d'être stricte parfois violente. Cette violence est identifiée comme une méthode de transmission des connaissances car les stagiaires ne conçoivent pas la totalité des situations.

" Normal.... (En quoi est-ce normal ?) ... Il faut crier pour leur faire comprendre ce qu'on veut, un enfant pour lui faire comprendre une chose tu hausses le ton (hésitation) c'est la même chose et c'est normal, tu sais celui qui veut apprendre ne s'arrêtera pas à ça " (Amel,35 ans, 13 ans E.P).

Il importe pourtant de nuancer, les relations entre encadreuses et stagiaires ne sont pas toujours aussi hiérarchisées. Certaines stagiaires sont très proches de leur formatrice.

"Je m'entends très bien avec elle, on discute d' ailleurs t'a vu l'ambiance qu'il y a, on discute et on rit beaucoup, ça marche très bien. Si elle a des problèmes, elle m'en parle, j'essaye d'être la plus présente possible " (Khadija, 33ans, 10 ans d'expérience professionnelle)

Cette posture maternelle de l'encadrement est partagée par certaines stagiaires. Khalida parle de son encadreuse :

"Ça va je n'ai pas de problèmes, je n'ai pas peur de lui parler et quand j'ai des questions elle me répond. Je me sens plutôt à l'aise. Elle m'encourage et elle me soutient c'est

important d'être en accord avec l'encadreur. Tu as moins peur les premiers temps " (Khalida, 21 ans, stagiaire).

Selon les stagiaires et les infirmières, les relations conflictuelles sont une question de génération. L'âge est un élément important dans la communication. Les échanges sont facilités quand les stagiaires et encadreurs se situent dans la même tranche d'âge.

" L'encadrement de nos jours est plus facile, avant c'était les sœurs religieuses, elles étaient très dures et très strictes" (Amel, 35 ans, 13 ans E.P)

En conséquence, l'encadrement n'est pas uniquement une fonction pédagogique. Face aux infirmières, le stagiaire se liera avec certaines d'entre-elles qui correspondent à son idéal professionnel. Par leur médiation, le stagiaire se projette dans l'avenir. Cette identification à un group de référence est agencée en fonction de leur conception de l'image de soi. Or, l'étudiant n'a pas qu'une représentation idyllique de ses formateurs. Le savoir théorique est important pour faire face aux omissions des encadreurs.

Les futures infirmières ne sont pas totalement dominées. Leur marge de liberté est conditionnée par leurs connaissances pratiques et l'exploitation d'informations sur l'organisation de l'hôpital. L'environnement hospitalier a une influence sur les interactions. Le stagiaire envisage son futur métier à travers cet espace. On ne peut aborder cette partie de l'étude sans s'arrêter sur cet espace à la fois d'apprentissage et l'acquisition d'une pratique.

5_ Le monde professionnel à l'hôpital

La formation professionnelle des infirmières est une formation en alternance. Elle se fait par l'articulation de l'apprentissage à l'école et l'apprentissage en stage pratique à l'hôpital. (A Santrucci, 2004, p 60) parle de l'espace hospitalier comme un "*lieu privilégié pour la formation en soins infirmiers, du fait de ses multiples facettes : lieu d'application des théories, source d'apprentissage, d'enrichissement mais aussi lieu de questionnement de dilemme, d'incertitudes "*

Ainsi, la formation d'infirmière intègre un savoir théorique et un savoir pratique dans deux espaces distincts. A partir de là, un écart subsiste entre les deux savoirs, engendrant une frustration chez le stagiaire. En effet, l'étudiant est confronté à l'alternative entre deux logiques antagonistes. Le dilemme de savoir à qui se conformer est présent dans le discours infirmier. Les infirmières évoquent leur formation entre stage et savoir théorique "*en terme*

d'adéquation et parfois même de rupture par rapport à leur pratique professionnelle " (Mebtoul, 1994, P227).

" Les premiers temps, j'étais mal à l'aise je ne savais pas comment faire si je fais comme on me l'a appris en cours ou de le faire comme me disaient les infirmières en stage. Parfois, je croyais faire juste après l'infirmière me disait que je le faisais faux. Je ne savais pas quoi faire. Après, j'ai vu que le mieux était de se conformer au cours théorique " (Khalida, 21 ans, stagiaire).

Entre un savoir universitaire acquis et un savoir pratique, l'étudiant semble attribuer plus de sens aux savoirs institutionnalisés, formels assimilés à l'école, au détriment, d'un savoir communiqué par une professionnelle et basé sur l'expérience personnelle. (Georges A. Legault, 2003). En parallèle à ce dilemme parfois angoissant, l'étudiante éprouve de la peur et un manque de confiance face aux différentes situations en raison de son manque d'expérience. La détresse des malades, la confrontation à la mort, ou tout simplement faire un soin à un patient sont des situations pouvant engendrer un état de stress chez elle. De ce fait, la stagiaire se désiste de son rôle. Ces appréhensions disparaissent au fil du temps laissant place à la curiosité ; une fois franchie l'étape de l'injection première acte de soin appris en stage ; une certaine assurance s'installe.

Étrangement, le stage est aussi une phase sécurisante pour les stagiaires. L'élève infirmier trouve du réconfort en période de stage. C'est une phase où la future infirmière n'est pas proprement responsable et l'erreur lui est tolérée jusqu'à un certain point contrairement aux infirmières en exercice.

" Ce qui est bien en stage c'est que tu n'as pas de responsabilité. Tu n'as pas la pression, si tu fais une erreur c'est plus au moins accepté. Je parle d'erreur minime en plus tu n'as pas la responsabilité des patients ; pas comme aujourd'hui tu dois être aux aguets " (Wafia, 21 ans, stagiaire)

À travers les observations effectuées, on constate un désengagement des stagiaires envers leurs rôles. Au cours de leur présence au stage, les étudiantes sortent pendant les heures officielles pour des raisons personnelles. Cet état de fait n'est pas seulement rassurant mais engendre de l'indifférence de la part des stagiaires.

" Honnêtement les stagiaires ne sont pas sérieuses pas toutes mais il y en a qui n'accordent aucune importance à ce qu'elles font. Elles se promènent ici et là, mais il y a aussi des stagiaires curieuses. Elles veulent apprendre ; moi je dis aux stagiaires dès le début j'aime

les étudiantes assidues. Si je vois qu'elles ne sont pas intéressées, je ne m'en occupe pas "
(Dalila, 29 ans, 9ans)

Les stagiaires sont toujours en quête de faculté d'adaptation. Elles entreprennent de s'adapter à cet environnement. Lors de son entrée en stage l'étudiante est à la fois socialisée à son nouveau métier mais fait également connaissance avec son futur cadre de travail et les règles qui régissent l'organisation hospitalière. Vraisemblablement, ce désengagement peut être expliqué par une confrontation brutale avec la réalité.

Le stage est certes l'initiation au savoir pratique du métier mais en même temps il symbolise éventuellement "*la découverte de la réalité désenchantée du monde professionnel "* (Dubar 1996 p 146). L'image construite autour du rôle d'infirmière, les valeurs et déontologies attachées à cette pratique sont écartées dans la pratique quotidienne des infirmières ; cette nouvelle conception du travail infirmier est en contraste avec celle du stagiaire. De cette confusion entre les deux approches naît un trouble. Le stagiaire devra gérer ce trouble en conciliant les deux visions de la pratique ou renoncer à l'une d'elles.

Cet antagonisme entre les deux conceptions du métier d'infirmière peut aboutir à des altercations. Ces conflits surgissent lorsque la stagiaire refuse de se conformer à l'habitus professionnel de son futur groupe professionnel.

" Mon premier stage déroulait à la maternité. Ils m'ont invalidé mon stage parce que je ne voulais pas faire ce qu'ils voulaient. Ils voulaient que je réutilise les sondes urinaires en les lavant avec la brosse du chirurgien après chaque utilisation. Imagine la sonde urinaire qui est à usage unique, utilisée dans une partie intime, pleine de microbes et je l'utilise comme ça jusqu'à ce que le ballonnet se perde. J'ai refusé, c'est là qu'ils m'ont dit que mon stage était invalide et j'ai été convoquée par le chef du service de maternité qui voulait savoir la raison de mon refus je l'ai menacé de faire un article dans le journal et de dire tout ce qui se passe dans la maternité (silence sourire) j'ai des problèmes depuis mes débuts en tant qu'infirmière" (Sarah, 26 ans, 4 ans d'EP).

Les stagiaires ne se conforment pas de manière passive aux exigences de leurs supérieures hiérarchiques, particulièrement lorsque les attentes ne s'accordent pas avec leur vision du métier d'infirmière. Cet épisode expose également la manière dont la stagiaire décide d'affirmer son choix en utilisant le marchandage comme procédé. Elle utilise sa connaissance des règles de fonctionnement de l'hôpital comme moyen de négociation (Strauss 1992) .Par la suite, elle use d'une pression externe à l'organisation. Manifestement, le pouvoir n'est pas uniquement lié à la position hiérarchique de l'acteur au sein de l'organisation, nonobstant les

ressources dont il dispose pour faire face aux situations ambiguës. De ce fait, les acteurs face aux multiples " *contraintes souvent très lourdes que leur impose le système disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leur interactions avec les autres* " (M Crozier 1977 p 29-30).

Dans le processus d'apprentissage à l'hôpital, les stagiaires ont aussi l'occasion de constater les conditions de travail des futurs professionnels. Ces conditions sont citées par ordre d'importance ; l'hygiène et le manque de matériel sont des éléments récurrents dans le discours infirmier. Ces éléments sont importants car ils influencent les représentations des stagiaires sur les différents services. À travers ces éléments, les stagiaires construisent une typologie des services, d'abord entre les différents établissements hospitaliers ensuite, à l'intérieur des services.

" *Dès le début quand tu fais tes stages, tu remarques la différence entre les services. Mais croyez-moi, le service d'urgence et la maternité sont les pires. C'est malheureux, le meilleur c'est le service de cardiologie. Là-bas, c'est mieux je ne te dis pas que c'est un service parfait mais par rapport aux urgences c'est beaucoup plus calme c'est plus propre, le matériel est mieux géré. Tu apprends à l'aise, tu n'es pas stressé, tu n'as pas la pression, ici tu apprends en même temps ; tu cours, tu es toujours en train de courir et de faire vite* " (Nassim, 35 ans, 15 ans d'E.P).

Les étudiantes infirmières en stage au service des urgences parlent également de cet endroit comme un espace formateur à double aspect. En effet, le service des urgences comprend des cas cliniques diversifiés synonymes de soins diversifiés. Parallèlement, ce service représente, pour les stagiaires, un lieu austère à l'hygiène douteuse. Elles imputent à cet espace atypique une violence présente à tous les niveaux.

" *Parfois, je me dis pourquoi j'ai choisi ce métier, qu'est ce que je fais là ? Depuis l'entrée en stage aux urgences, honnêtement je fais tout pour venir le moins souvent c'est très dur. Le plus difficile ; c'est le contact avec les familles des malades. Des fois, ils sont très violents. Ici les insultes fusent de partout c'est vrai qu'aux urgences tu apprends à faire tous les soins et tu apprends à être une bonne infirmière ; après le service d'urgence tu peux travailler n'importe où tu sauras faire parce qu'ici tu apprends à tout faire* " (Khalida, 21 ans, stagiaire).

Le stage est partie intégrante de toute formation ; cela est d'autant plus vrai pour la formation des infirmières. Par conséquent, il constitue un apprentissage pratique où s'acquièrent de

multiples compétences. Ces compétences sont liées non seulement au travail infirmier formel mais également à des connaissances utilisées face aux situations incongrues, rencontrée par les futures infirmières dans leur vie professionnelle. Aussi, le stage pourvoit à l'étudiante la possibilité de s'intégrer dans le milieu professionnel en se familiarisant avec les différentes composantes de l'hôpital.

Conclusion

L'étude de la socialisation des infirmières des U.M.C d'Oran révèle une très forte identification au modèle médical. Elles se représentent comme des auxiliaires du médecin. Ce rôle est désiré. Il apporterait selon elles la valorisation dont manque le métier d'infirmière. Ainsi, il semble difficile de développer une identité propre en usant d'un savoir emprunté. Concrètement, les infirmières perçoivent leur savoir comme non reconnu. Car il n'est pas exploité à sa juste valeur. L'utilisation limitée de leur savoir entraîne un malaise identitaire anticipé.

On dénote une distinction entre savoir médical et savoir relationnel. Les stagiaires accordent plus d'importance au savoir technique ; ce savoir est plus en rapport avec les conditions d'exercice de l'activité infirmière. Il est plus fonctionnel dans la réalité professionnelle. L'identité technicienne est déjà prédominante dans les représentations des infirmières. Aussi, les stagiaires intériorisent une logique technique du soin infirmier.

Dans un autre registre, les étudiantes en stage évaluent leurs encadreuses. L'évaluation a pour objectif de trouver " le groupe de référence ". Le regard de ce groupe sur la pratique infirmière sera plus ou moins concordant avec l'imaginaire du stagiaire. Selon cette évaluation, le stagiaire s'identifie au groupe professionnel car il représentera un idéal-type au sein de l'hôpital. Dès les premiers temps, les stagiaires sont amenées à s'identifier à un groupe de référence inexistant. Les infirmières françaises représente ce groupe de référence.

Références biographique

Aïach P, Fassin D; *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité;* Anthropos/economica, 1994.

Bourdieu Pierre, *Le sens pratique,* Paris, Edition de minuit, 1980.

Collière M-F , *Promouvoir la vie,* Paris, Elsevier Masson, 2003.

Dubar c, *Socialisation construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1996.

Dubar C et Tripier P, *Sociologie des professions*, Paris, éditions Armand Colin, 1991.

DUBAR Claude., *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF, 2001 (2^{ème} édition).

H.S Becker, *Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, la découverte, 2002.

Hugues Everett C, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Éditions de l'EHESS, 1996.

Legault Georges A., *Crise d'identité professionnel et professionnalisation*, Edition illustrée PUQ, 2003.

Martin Christiane, *Soigner pour apprendre: acquérir un savoir infirmier*, Edition LABOR, 1991.

Mebtoul Mohamed, *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, L'harmattan, 1994.

Peneff Jean, *L'hôpital en urgence*, Paris, édition Métailié, 1992.

Sorel M , Wittorscki R, *La professionnalisation en actes et en questions*, Paris, éditions l'Harmattan, 2005.

Strauss Anselm Leonard, Baszange Isabelle, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Editions L'Harmattan, 1992.

Wenner Micheline, *Expérience infirmière*, Paris, Edition Seli Arslan, 2006.

Article

Daigle Johanne, *Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XXe siècle*, Revue : Recherches féministes, Volume 4 numéro 1, 1991, p 67-86. [Http://id.erudit.org/iderudit/057630ar.1705-9240](http://id.erudit.org/iderudit/057630ar.1705-9240) (numérique)

Santrucci Annie, *Le développement de la capacité d'analyse chez l'étudiant en soins infirmiers*. Soins Cadres, n°50, 01mai2004, p60 – 63.

Thouvenin Pascale, *Ethnologie de la formation des infirmières françaises*, Regards sociologiques, n°29, 2004, p.35-53. cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16928888.

Texte juridique

Le décret exécutif N° 91_107 du 27 avril 1991 portant le statut particulier des personnels paramédicaux, Journal officiel de la république Algérienne, N° 70, 19 novembre 1995.

Note

[1] Lire le rapport: la nouvelle alliance mondiale cherche à remédier à la pénurie mondiale de médecins, de personnels infirmiers et d'autres agents de santé, Genève 2006 dans le site suivant www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr26/fr consulté en septembre 2009.

[2] Conseil international des infirmières. Le CII ou la promotion des soins infirmiers et de la santé 1899 - 2009 .*Coefficients de patients par infirmière*. http://www.icn.ch/matters_rnpratiorf.htm. Page consulté le 25 aout 2009.

[3] Claude Dubar synthétise dans le chapitre 9 p139-142 du livre de 1996, *socialisation construction des identités sociales et professionnelles*, l'article de Hughes E.C, *Men and their work*, Glenoce : The Free Press.1958.

[4] A fin de garantir l'anonymat des enquêtés des pseudonymes seront utilisés tout en long de l'étude

[5] Fred Davis est un sociologue ayant développé des recherches empiriques appliquant le modèle de la socialisation professionnelle sur les étudiants infirmiers. Il a ainsi recherché six étapes de "la conversion des étudiantes infirmières ". Voir F. DAVIS, *The Nursing Profession*, Chicago, 1966 "*Proccessionnal Sozialization as Subjective Experience : the Process of Doctrinal Conversion amoung Student Nurses*" in *Essays in Honor of Everett Hughes* et citer dans le livre Dubar c, 1996, *socialisation construction des identités sociales et professionnelles*, Armand colin, Paris chapitre 9 p139-142.

[6] L'asepsie est l'ensemble des mesures prises pour empêcher tout apport microbien dans les tissus vivant (Professeur J. J. Haxhe et Mme M. Zumofen, *Notions d'hygiène hospitalière*, Faculté de médecine, Université catholique de Louvain, U. C. L. – Bruxelles, 2002).

[7] Le rôle propre désigne la possibilité après avoir évalué les besoins du malade et posé un diagnostic infirmier, de prendre l'initiative de ces soins, d'en organiser la mise en œuvre, d'encadrer et de contrôler les aides-soignants et auxiliaires de puériculture dont ils peuvent solliciter la collaboration. <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/le-role-propre/la-legislation-definition-du-role-propre-de-linfirmier.html> consulté en juillet 2009

[8] La relation d'aide en soin infirmier désigne les différents processus par les quels l'infirmière va pouvoir prendre le rôle d'aidant auprès d'une personne en difficulté afin de l'aider à surmonter une crise.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_d%27aide_en_soins_infirmiers consulté en mai 2009

[9] Le nursing : Le terme est un anglicisme (traduction anglaise du terme soin) qui désigne les soins infirmiers et plus précisément l'ensemble des soins d'hygiène et de confort qui sont donnés à un malade ayant perdu son indépendance (autonomie). Prescrire les soins de nursing

" par le docteur Jean-Pierre Rageau in Supplément consulter numéro 30 du 10 décembre 2002. <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/nursing-3276.html> consulté en mai 2009.