

Aux frontières du soi : la crise sanitaire, une opportunité pour repenser le soin

At the borders of the self: The health crisis, an opportunity to rethink care

Diane Grober-Traviesas

Volume 13, numéro 1, 2024

L'entre-deux comme posture professionnelle en éducation et en formation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1108900ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1108900ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université de Sherbrooke
Champ social éditions

ISSN

1925-4873 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Grober-Traviesas, D. (2024). Aux frontières du soi : la crise sanitaire, une opportunité pour repenser le soin. *Phronesis*, 13(1), 126-140.
<https://doi.org/10.7202/1108900ar>

Résumé de l'article

Cet article contribue à la réflexion sur les évolutions à mener dans la formation des infirmiers, pour soutenir le développement d'une posture professionnelle favorisant la rencontre avec autrui. Fondé sur l'analyse de quinze entretiens menés auprès d'étudiants infirmiers engagés au cœur de la récente crise sanitaire, il permet de comprendre en quoi ce contexte inédit a bouleversé leur rapport à leur profession, et leur processus de construction identitaire, remettant en question le modèle de leur socialisation et les normes de leur groupe professionnel. Cette analyse s'appuie sur le concept d'entre-deux développé par Sibony (1991) qui invite ici à repenser le lien avec les autres acteurs (patients, soignants) à l'hôpital, à partir non plus de ce qui éloigne et différencie, mais de ce qui rapproche, en particulier le sentiment de commune vulnérabilité.

Aux frontières du soi : la crise sanitaire, une opportunité pour repenser le soin

Diane GROBER-TRAVIESAS

Centre interuniversitaire de recherche en éducation de Lille (CIREL-ULR 4354)
Université de Lille, France.
diane.traviesas@univ-lille.fr

Mots-clés : posture ; entre deux ; étudiant infirmier ; crise sanitaire ; relation ; vulnérabilité ; formation

Résumé : cet article contribue à la réflexion sur les évolutions à mener dans la formation des infirmiers, pour soutenir le développement d'une posture professionnelle favorisant la rencontre avec autrui. Fondé sur l'analyse de quinze entretiens menés auprès d'étudiants infirmiers engagés au cœur de la récente crise sanitaire, il permet de comprendre en quoi ce contexte inédit a bouleversé leur rapport à leur profession, et leur processus de construction identitaire, remettant en question le modèle de leur socialisation et les normes de leur groupe professionnel. Cette analyse s'appuie sur le concept d'entre-deux développé par Sibony (1991) qui invite ici à repenser le lien avec les autres acteurs (patients, soignants) à l'hôpital, à partir non plus de ce qui éloigne et différencie, mais de ce qui rapproche, en particulier le sentiment de commune vulnérabilité.

At the borders of the self: the health crisis, an opportunity to rethink care

Keywords: position; in-between; nursing student; health crisis; relationship; vulnerability; training

Abstract: this article contributes to the debate on the changes needed in the training of nurses, to support the development of a professional position conducive to encounters with others. Based on the analysis of fifteen interviews conducted with nursing students involved in the heart of the health crisis, it highlights the way in which this unprecedented context has radically altered their relationship with their profession, as well as their identity-building process, calling into question their socialization model and the norms of their professional group. This analysis is based on Sibony's concept of the in-between (1991), which invites us to rethink the link with other actors (patients, caregivers) present in hospitals, based no longer on what separates and differentiates, but on what brings us together, in particular the feeling of shared vulnerability.



Introduction

En 2020, la crise sanitaire liée au coronavirus a généré au sein de nos sociétés contemporaines, ce qui est apparu *a priori* comme de nouvelles questions, prégnantes, aiguës, urgentes dans ce qu'elles semblaient convoquer d'inédit, d'incertain et d'insécurisant. Mettant au jour les carences du système de santé, cette crise a dévoilé les limites du monde hospitalier face à un mal invisible au pouvoir de nuisance parfois difficile à imaginer. C'est dans ce contexte¹ que nous avons observé chez certains étudiants infirmiers une évolution des questionnements inhérents au métier sur des aspects souvent tenus dans l'ombre jusque-là, faisant place aux émotions, générant de nouvelles sources de tensions dans leur construction identitaire de futurs soignants.

Notre question est celle de l'évolution du rapport de sens à leur profession des futurs infirmiers, à travers en particulier les nouvelles formes de posture professionnelle qu'ils ont pu revendiquer par la suite. Nous faisons l'hypothèse que si la crise sanitaire a interpellé les citoyens sur leurs fragilités et leurs vulnérabilités, elle a également bousculé ces étudiants dans leurs certitudes, pour grande partie fondées sur l'univers symbolique et les systèmes de normes dans lesquels ils s'étaient jusqu'alors socialisés, formés, en particulier dans la définition de leur place, de leur rôle dans l'interaction avec la personne soignée. La situation inédite générée par la crise sanitaire pourrait ainsi avoir pour certains d'entre eux, agi comme un révélateur au sens photographique, leur offrant la possibilité d'inventer un nouveau rapport à soi, plus authentique, moins influencé par les normes de socialisation professionnelle qui reposaient traditionnellement sur l'effacement de soi, de sa propre vulnérabilité, et des formes de hiérarchie dans les relations au travail fondées sur certains savoirs.

Cette contribution rend compte des résultats d'une recherche exploratoire menée de 2020 à 2022. Notre analyse s'appuie sur le concept d'entre-deux qui dans la rencontre avec l'altérité, désigne une posture qui oriente l'agir, « *une orientation constante du penser* » (Thouroude, 2016, p. 84), qui « *permet de penser la différence comme un espace ouvert sur l'autre et non comme un espace fermé, de penser ce qui nous lie à l'autre... une posture orientée vers les points communs et les points de rencontre et non centrée sur les différences qui divisent et distancient* » (Hélie, Thouroude, 2018, p. 55). Il nous permet alors de poser différemment la question de la rencontre avec autrui lors des soins.

Nous cherchons ainsi à mettre en exergue dans ces entretiens les ressemblances, les résonances, ce qui a fait lien nouveau entre étudiants infirmiers et autres acteurs du monde de la santé, et qui peut leur avoir permis de résoudre de manière inédite leurs tensions identitaires au cœur de la crise sanitaire, pour proposer une approche différente du temps des soins. Dans la discussion, nous nous appuyons sur cette analyse pour aborder en premier lieu les enjeux pour la formation des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, de reconnaître pour les soutenir, ces changements de posture et permettre aux futurs professionnels d'en appréhender les limites et les ressources. Dans un second temps nous discutons les notions de coresponsabilité et de co-émancipation dans le soin, en élargissant le propos aux enjeux actuels de transformation de la relation soignant-soigné vers plus de partenariat et de co-action, 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 patients (Gross, Gagnayre, 2013).

¹ Nous occupions alors les fonctions de directrice d'un institut de formations paramédicales.

L'« ordre négocié » de l'hôpital : une socialisation fondée sur la négation des émotions et l'asymétrie des relations sociales

Nous concevons la formation des infirmiers 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 enfin. Nous nous appuyons ici sur les cadres théoriques de l'interactionnisme symbolique (Hugues, 1958 ; Goffman, 1973 ; Strauss, 1992) et de la professionnalisation (Dubar, 2000 ; Wittorski, 2008) qui nous permettent d'apporter une grille de lecture des systèmes de normes qui s'opposaient avant cette crise sanitaire, aux étudiants infirmiers au cours des différentes formes d'interactions durant la formation (avec les tuteurs, les formateurs ou durant les soins). Nous développerons trois types de normes, la négation des émotions, les formes de hiérarchisation des savoirs professionnels dans le monde de la santé et enfin, l'asymétrie des relations sociales à l'hôpital.

Conformisation et effacement de soi

La notion de norme se réfère ici à « *des valeurs dominantes et des opinions partagées socialement ; elle s'exprime sous forme de règles de conduite plus ou moins explicites en vue d'obtenir des comportements approuvés socialement* » (Fischer, 2005, p. 101). Pour pouvoir intégrer et être reconnu par le groupe professionnel, l'apprenant intériorise des normes collectives, « *... dispositions qui en font un être socialement identifiable* » (Dubar, 2000, p. 79). Ainsi se socialiser c'est, au sens de Goffman (1973) élaborer son personnage sur la scène sociale, en adoptant une « façade », appareillage (et appariement) symbolique par stratégie identitaire ou recherche de conformisation. Dans un contexte de socialisation professionnelle en tant qu'infirmier, ce travail relève de l'apprentissage du métier à l'égard des patients mais aussi des autres professionnels de santé, pour de nombreux tuteurs et formateurs. À ce sujet, Blanchet (2019) utilise la métaphore du masque dans son étude portant sur le double processus de construction identitaire des étudiants infirmiers (infirmier/étudiant), pour montrer que dans certains lieux de stage la réponse des étudiants face aux attentes des équipes est le plus souvent la conformisation, au risque (assumé) de négation de soi, même si cela leur donne le sentiment de ne pas être reconnus dans leur singularité.

Cet effacement de soi se traduit autant par une éducation des corps que des manières d'être et de se comporter, d'agir, dans le quotidien des soins. Le corps y apprend la retenue, la discipline, la mise à distance du patient (au sens de l'éloignement physique) quand accueillir, réconforter, aller à la rencontre d'autrui pourrait passer par des attitudes d'enveloppement et de *caring*, au sens de la sollicitude et du souci d'autrui. Stéthoscopes, pinces et aiguilles, matériels aussi sophistiqués que froids et bruyants soutiennent la mise à distance des corps, autant qu'ils se révèlent être des 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. Ainsi embrasser spontanément une personne âgée en E.H.P.A.D.² relève parfois d'un acte héroïque, car contraire aux interdits posés par le directeur de la structure, les tuteurs. Pour « garder la face » l'étudiant doit souvent se mettre au travail, pour montrer en particulier sa capacité de maîtrise des situations, quelles qu'elles soient. Pour Hoschschild (2003, p. 32) 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* ». Cet effacement de soi passe ainsi par la négation des émotions lors des soins comme la colère, la peur, face aux professionnels et au patient, se fondant sur l'idée répandue du rôle néfaste des émotions comme empêchant de penser de manière rationnelle et objective (Foley, Saraga, 2021). Sous couvert de trouver la « juste distance » dans la relation soignant/soigné, qui garantirait le professionnalisme, il n'est généralement pas de bon ton de pleurer avec un patient ou une famille lors d'un décès par exemple. Ensuite, dans la formation, ce travail passe souvent par la négation des émotions avant même d'avoir appris à les identifier, les nommer et les reconnaître.

² Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

Savoirs du care et savoirs du cure³

Dans une perspective interactionniste, si les normes concernent les valeurs et les comportements, elles circonscrivent également les places et les rôles assignés aux différents acteurs, dans un ordre négocié à l'hôpital (Strauss, 1992), 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. À ce sujet, Mattéi (2007) reprenant les thèses de Bourdieu sur la théorie de la reproduction et la notion d'*habitus*, pose la question de nos représentations comme le produit d'une histoire individuelle mais aussi collective intériorisée lors d'un processus de socialisation.

Cet *habitus* s'exprimant dans la manière d'être, de s'exprimer, il est également engagé dans notre rapport au savoir, les savoirs théoriques étant valorisés dans les classes dites « dominantes », et si on fait un rapprochement avec le monde de l'hôpital, les médecins. Elle fait à ce sujet une distinction entre savoirs techniques liés au rôle infirmier sur prescription et savoirs des sciences humaines associés au rôle propre, et associe les savoirs techniques au service d'une médecine scientifique et rationnelle, valorisée socialement.

Historiquement, la profession d'infirmier s'est en effet construite dans une bipolarité des savoirs professionnels entre soins d'hygiène et de confort, et activités plus « techniques » d'auxiliaire médicale. Des formes identitaires d'infirmiers se sont progressivement dessinées, entre une infirmière plus dans la relation avec le patient et s'appuyant sur des savoirs profanes, et une infirmière plus « technicienne » et auxiliaire médicale appuyée sur des savoirs qui devaient lui permettre « *de comprendre la valeur et la raison des gestes qu'elle accomplit et de les situer dans l'ensemble de la thérapeutique..., de participer intelligemment à la surveillance du malade pour dépister les complications..., de décider et d'effectuer certains soins d'urgence avant l'arrivée du médecin* »⁴. Ces formes identitaires délimitaient également des territoires professionnels différents qui s'inscrivaient dans une hiérarchisation en rapport avec la plus ou moins grande proximité avec le groupe médical. Ainsi on assistait jusqu'à il y a peu, à une valorisation extrême du modèle de l'infirmière curative assimilé à des savoirs techniques « *valorisés et à des pratiques de soins efficaces et visibles* » (Vega, 1997, p. 109) par opposition au modèle des infirmières dites relationnelles considérées « *comme détentrices de savoirs profanes, oraux, peu professionnalisés, voire dévalorisés : au contact direct avec « l'impureté des corps », lors des soins de nursing (soins d'hygiène et de réconfort du malade) en confrontation avec la prise en charge complexe de malades chroniques ou incurables* » (Vega, 1997, p. 110).

Ceci a par exemple eu une incidence sur le travail collaboratif entre infirmiers et aides-soignants, laissant progressivement aux aides-soignants tous les soins d'hygiène et de confort. Dans la dernière partie du XX^e siècle, le groupe infirmier s'est difficilement extrait de cette bipolarité entre le modèle biomédical marqué par la spécialisation, l'hospitalo-centrisme et la technique, et le modèle bio-psycho-social ou global fondé sur le rôle propre et l'autonomie professionnelle des infirmiers. Entre technicité et relationnel, cette bipolarité est finalement apparue comme une forme de *modus vivendi* dans lequel de nombreuses générations d'infirmiers ont été formées et ont exercé, dans lequel certains repères se sont fixés. Il s'est transformé au fil des années en un entre-soi consensuel, circonscrit aux frontières de l'hôpital, dans des rapports sociaux essentiellement centrés sur le binôme infirmier-médecin.

³ Dans cette contribution, nous choisisons de conserver les termes anglais de *care* et de *cure*. Ils permettent en effet de distinguer deux dimensions dans l'acte de soigner alors qu'en Français, le terme de soigner est employé sans distinction dans ces deux dimensions. *To cure* peut se traduire par « soigner » dans le sens thérapeutique avec pour finalité la guérison. *To care* traduit plutôt une attention portée à autrui, une sollicitude, au sens de « prendre soin » d'une personne. Cette dimension s'inscrit dans le registre des émotions et des affects. Pour Morvillers (2015, p.78) « *le care est donc soit un sentiment, soit une action (caring) qui appelle un état affectif qui, dans chacun de ces deux cas, se situe dans la sphère intime de la personne* ». Longtemps ces deux dimensions ont été opposées, fortement genrées et traduisant des formes d'organisation du travail à l'hôpital, relevant d'un paradigme biomédical masculin (le *cure*) ou humaniste et féminin (le *care*).

⁴ Programme d'enseignement – Études préparatoires au diplôme d'État d'infirmière – Programme adopté par le Conseil de Perfectionnement des études d'infirmières et homologué par arrêté ministériel du 17 juillet 1961 (J.O. du 21 juillet 1961).

Pour autant la palette des territoires professionnels infirmiers se développe, à travers le rôle propre infirmier⁵ et les dimensions éducative, préventive, palliative, se fondant sur de nouveaux savoirs infirmiers. Le travail infirmier dans les hôpitaux est resté médico-centré et le travail de soin à l'hôpital, notamment celui de la relation, n'a pas gagné en reconnaissance (Tronto, 2009). Dans une société dans laquelle certains groupes sociaux tirent leur prestige et leur légitimité de la notion de travail visible et de l'appui sur des sciences fondamentales, être reconnues en tant que professionnelles avec un champ de compétences, de responsabilités, identifiées, une zone d'autonomie, pour l'un des segments professionnels du groupe infirmier, signifie confirmer un territoire qui reste basé sur le modèle médical, le groupe infirmier voyant à travers ces changements, son statut basé sur des savoirs biomédicaux et pharmacologiques et des savoirs de métier en lien avec le rôle prescrit, amélioré (Rothier-Bautzer, 2012). Ainsi un segment infirmier par l'intégration définitive dans la pratique au quotidien d'une forte dimension symbolique hyper-technicienne (images associées à des infirmières techniciennes, de « piqueuses », réalisant des gestes dits « techniques » en vue de traiter la maladie), affirme un rapprochement, une proximité avec le médecin et sa sphère liée aux images de guérison, par l'assistantat du médecin plutôt que d'investir les gestes de nursing (Chauvenet, 1978). Pour Hugues (1958), ce mouvement est représentatif du mouvement de professionnalisation des groupes professionnels. Il s'agit pour les infirmiers de se départir des tâches domestiques ou subalternes considérées comme « *en deçà de leur dignité* » et « *ne requérant aucune compétence* », qu'il nomme « *dirty work* » ou sale boulot. Le rôle « propre » infirmier et l'attrait pour les sciences humaines et sociales traduisent ainsi plutôt les préoccupations d'une faible partie du groupe infirmier.

Un modèle traditionnel de la relation soignant-soigné fondé sur l'asymétrie et l'objectivation du patient.

Ces étudiants infirmiers ont ainsi appris à trouver leur place au sein des traditionnelles formes de hiérarchisation fondées à l'hôpital sur les savoirs professionnels issus du *care* et du *cure*. Ils intègrent très rapidement durant leur formation ces formes de hiérarchisation entre groupes professionnels, assimilant en premier lieu que c'est le corps médical qui détient le pouvoir symbolique, et qu'ils exerceront principalement leur métier sur prescription médicale. En second lieu, ils intègrent la séparation entre le travail de l'aide-soignant et celui des infirmiers, n'acceptant pour certains de faire des toilettes que durant la première année de leur formation. Enfin ils intègrent également que la relation avec la personne malade repose elle aussi sur une forme asymétrique de savant à profane, fondée pour partie sur la maîtrise par les soignants de savoirs reconnus comme valides, experts, avec l'idée que le soignant sait « plus » pour la personne soignée, ce qui lui confère un pouvoir sur autrui. Les progrès technoscientifiques et le développement d'une médecine de pointe ont ces dernières décennies, participé à renforcer ces images de l'hôpital et du soignant technicien et sachant, comme tout puissant. L'image du patient, passif, est pour Le Breton (2008, p. 112) fondée sur une vision de la maladie dans laquelle « *l'homme, dans son identité propre, occupe une place anonyme dans cet édifice de connaissance et d'action. Cette vision de la maladie conduit le malade à se déposer passivement entre les mains du médecin et à attendre que le traitement reçu fasse son effet. La maladie est autre chose que lui et son effort pour guérir, sa collaboration active ne sont pas considérés comme essentiels. Le patient est peu encouragé à s'interroger sur le sens intime de son mal, ni à se prendre en charge* ». Hesbeen (1997, p. X-XI) distingue à ce sujet « *le corps-objet ou corps que l'on a et le corps-sujet ou corps que l'on est, distinction qui pose, à propos de l'action de soin, la question de la place du sujet dans toutes les formes d'intervention* ».

⁵ Le rôle propre infirmier est défini depuis 1978, codifié dans les articles R 4311-1 à R 4311-5 du Code de la santé publique. Article R. 4311-3 : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

Problématique

Pour Schwartz et Echternacht (2009), les situations inédites ou vécues comme telles sont lues comme « *épreuve de soi* » qui se modifie par une remise en question de repères antérieurs sociaux et professionnels en termes de formes d'interactions, de normes d'interactions ou de posture. Pour Feldman (1984), Spich et Keleman (1985), ces normes d'interaction sont objet de transgression ou de respect scrupuleux en temps de crise majeure et permettent au groupe professionnel de contrôler son environnement, permettant de le rendre prévisible et facilitant la prise de décision. Dans le contexte inédit de la crise sanitaire en 2020, comment les étudiants infirmiers se sont-ils saisis des normes de leur groupe professionnel ? En quoi ce contexte inédit a-t-il pu les conduire à investir et à revendiquer comme nous avons pu l'observer, une nouvelle forme de posture professionnelle, refusant les modèles traditionnels ? Qu'est-ce qui, dans ce contexte, peut avoir soutenu ces transformations ? En quoi ces changements de posture peuvent-ils participer à interroger la formation de ces futurs professionnels de santé ? Pour étudier les formes de transgression ou de respect scrupuleux de ces normes par les étudiants infirmiers en 2020, le concept de l'entre-deux prend sens à deux niveaux. En premier lieu, il invite à orienter la rencontre avec le différent singulier sur des points qui font lien, résonance, comme occasion de penser, de repenser et de créer le lien et le soin, à partir de ce qui rapproche et non plus de ce qui éloigne et différencie. Le construit d'entre-deux permet ainsi de dépasser le concept de différence (identitaire, sociale, normative), les formes d'asymétrie et de hiérarchisation décrites dans le monde de l'hôpital, tout autant que celui de frontière entre des espaces de pratiques ou des sujets. Il peut alors soutenir une analyse renouvelée de ce qui se joue lors de la rencontre entre patients et professionnels, pour aider à « *trouver ce qui nous re-lie à l'autre* » (Thouroude, 2022, p. 363). Ensuite la problématique de la posture montre la nécessité de prendre en compte l'environnement et le contexte. Ici le contexte de crise sanitaire est considéré comme inconfortable sur le plan identitaire, amenant à trouver une autre « *place* » à l'instar de ce que décrit Sibony (1991, p. 237) dans la période d'entre-deux à l'adolescence, comme pouvant être générateur de nouvelles formes identitaires au risque cependant pour un temps « *de n'avoir pas d'identité, ou de n'en avoir que le manque, le temps qu'il faut pour qu'arrivent d'ailleurs des signes de déplacement, d'identification, toujours partielle* ».

Démarche de recherche exploratoire

Nous avons mené quinze entretiens semi-directifs auprès d'étudiants infirmiers en fin de cursus ou de professionnels débutants (moins d'un an d'ancienneté). Des questions ciblaient le regard que portaient les individus sur la crise sanitaire de manière globale et sur son incidence sur leur formation d'infirmier. Nous avons également cherché à identifier comment s'était déroulée leur formation dans ce contexte inédit et les changements majeurs qu'elle avait subie. Les individus interrogés ont été amenés à s'exprimer sur leur conception de leur profession d'infirmier à l'entrée en formation et après le début de la crise : savoirs convoqués, revendiqués, place du patient et de son entourage, rôles et places des soignants, formes de coopérations avec les différents protagonistes du soin. Enfin, ils ont été invités à relater des situations marquantes pour eux qui les avaient amenés à réfléchir à leur future profession. Dans cette étude, le construit de l'entre-deux nous a apporté une grille d'analyse qui nous a permis d'appréhender de manière plus fine ce qui pourrait dans un contexte jugé inconfortable de construction d'une identité professionnelle, avoir amené les étudiants à faire évoluer leur rapport au monde et leur posture professionnelle, en identifiant les points qui pouvaient soutenir cette évolution dans les interactions avec les autres acteurs de la relation soignant(s)-soigné(s).

Premiers résultats

L'analyse des entretiens montre que le contexte inédit de la crise sanitaire a conduit certains étudiants infirmiers à s'attacher à ce qui les rapprochait des autres acteurs plutôt que ce qui les en différenciait, développant une nouvelle posture professionnelle, dans un environnement devenu hostile, dont l'ordre anciennement établi se redessina au fur et à mesure de l'avancée de cette crise sanitaire. Ce faisant, cela a conduit certains d'entre eux à discuter et à s'autoriser à transgresser les normes de comportement et de rapport à soi, propres à leur groupe professionnel de référence, les infirmiers. Il les a ensuite conduits à remettre en question les traditionnelles formes de hiérarchisation entre des savoirs professionnels issus du *care* et du *cure*, et les groupes professionnels en présence à l'hôpital. Enfin, ce travail de redéfinition de soi

s'est opéré dans un contexte de crise, au sens d'un moment difficile, une rupture d'équilibre. Cette posture orientée vers ce qui « *re-lie* » (Thouroude, 2022, p. 363) correspond bien à la définition de la posture de l'entre-deux qui est de porter le regard sur des points communs qui deviennent des points de rencontre entre professionnels et patients engagés dans le soin, mais aussi entre différents groupes professionnels.

Trouver une place dans le nouvel échiquier

Le contexte de crise sanitaire, en renvoyant ces futurs soignants à la prise de conscience d'une commune vulnérabilité avec les personnes soignées, mais aussi tous les autres acteurs du soin, a ainsi fait évoluer leur conception de leur profession, déplaçant leur regard sur ce qui les rapprochait de leur public plutôt que de ce qui les en distinguait. 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 ensemble. La prise de conscience de cette épreuve commune est venue soutenir de nouvelles formes de collaboration et de partenariat avec les personnes soignées d'une part, les autres professionnels de santé d'autre part.

« On était tous dans le même bateau, on se serrait les coudes, les médecins nous parlaient différemment, certains nous ont considérés, il y avait une belle énergie ! » (Mehdi).

Ces vulnérabilités en miroir avec les personnes soignées, avec les autres professionnels engagés au quotidien dans la lutte contre le virus, ont obligé parfois à aller chercher au plus profond de soi ressource, capacité de résilience, combativité, espoir. Lucie explique avoir passé plus de temps à maquiller ses yeux le matin pour donner plus d'intensité à son regard, comme pour mieux fusiller l'adversaire. Certains parfois même sont allés rechercher de la force pour continuer, dans ce qui relevait jusque-là de l'intime.

« Je crois que je n'avais jamais autant senti ce besoin de me sentir vivante... Cette atmosphère de mort qui planait autour de nous, sur nous, comment faire je ne savais pas on ne m'a pas appris... Je me suis souvenue de ce que me disait ma grand-mère quand j'allais la voir aux soins intensifs, elle disait les aides-soignantes quand elles portent leur masque, il y en a une qui a les yeux maquillés comme un camion volé, ça me faisait rire quand j'étais gamine, mais elle me disait aussi c'est ça qui me fait tenir quand elles me font la toilette et que je serre les dents tellement je souffre, c'est me dire c'est pas un camion volé c'est les ailes d'un papillon, et tous les jours c'est un nouveau papillon, elle change tous les jours de fard à paupières, alors je me suis dit vas-y fais pareil, ça m'a aidée, ça m'a aidée parce que sinon je ne savais pas à quoi me raccrocher, je me suis accrochée au souvenir de ma grand-mère... Vous êtes la première personne à qui je raconte ça... » (Anaïs).

Dans ces nouvelles formes d'équilibre entre acteurs du soin, les étudiants expliquent qu'ils ont eu le sentiment d'avoir été à la « *juste place pour une fois* » (Michèle). Les formes de reconnaissance de ces étudiants ont elles aussi évolué chez les tuteurs et au sein des structures de stage. Pour la première fois, certains de ces étudiants se sont sentis accueillis, attendus, considérés comme force vive et non une charge. Ils ont eu le sentiment de « *servir à quelque chose* » (Marine), avec « *un sentiment du devoir accompli* » (Akim), s'engageant pour certains pendant leurs vacances, venant prêter main-forte en dehors des périodes de stage pour soulager les équipes. L'absence des familles, l'interdiction des visites ont également amené à réinventer certaines formes de ritualité et parfois prendre la place des aidants et des familles.

« Moi j'étais en stage en E.H.P.A.D., les résidents ne pouvaient pas voir leur famille, il y avait le téléphone, il y en a qui sont sourds, les appareils auditifs ne marchent pas les 3/4 du temps ou les piles sont mortes, ou on les a perdus dans la machine à laver avec les draps, et puis on a perdu beaucoup de résidents pendant le premier confinement, mais mourir seul... Passer des journées entières enfermés dans sa chambre avec les infos qui tournaient en boucle sur le virus, vous vous rendez compte ? Alors on a inventé, on a chanté, on a essayé aussi de venir tous les jours à la même heure pour passer un peu de temps, jouer aux cartes, lire un article sur nos téléphones, moi je leur faisais découvrir les musiques que j'aime et eux ils me faisaient écouter du Alain Barrière (j'adore !) ou du Charles Trenet. Du coup quand j'y retournais pour faire la toilette je mettais leur musique préférée. Et moi je me suis rendue compte que quand je rentrais chez moi dans mon petit appart seule, je prenais ma douche en écoutant leur musique, j'avais besoin de ça pour essayer de couper mais on ne coupait pas vraiment... Nous aussi on regardait les infos en boucle sur nos téléphones... Mais moi surtout ce qui m'a marquée je dirais pour toujours c'est... il y avait une dame, elle savait qu'elle allait mourir, dès le début elle m'a parlé de la grippe espagnole moi je connaissais pas elle m'a dit ils sont partis là, moi je vais partir là

je pense qu'elle parlait de sa famille, alors elle a voulu qu'on sorte les albums photos elle m'a dit personne ne m'entendra une dernière fois parler d'eux alors si vous voulez bien écouter, elle parlait de la grippe espagnole et en plus elle avait un fort accent espagnol (rires), je ne comprenais pas toujours j'avoue... elle est morte en quelques heures longtemps après, j'ai beaucoup pleuré, mais je suis fière d'avoir fait ça... » (Lucie).

Faire le deuil de la toute-puissance et tomber le masque

Une maladie inconnue appelle à faire le deuil de formes de maîtrise et de toute-puissance, légitimées par des savoirs experts, savoirs de spécialistes de la maladie. La Covid-19, maladie nouvelle, a plongé soignants et patients dans les mêmes incertitudes et sentiment de vulnérabilité que ceux connus au cours de la décennie 1980-1990 avec l'épidémie du SIDA. Aux corps qui avaient appris la retenue, la mise à distance, paradoxalement, le masque, les gants, la sur-blouse, attributs de protection, remparts contre un autre pouvant être considéré comme menaçant, ouvraient la possibilité de se laisser démasquer en termes de fragilité, d'émotions, de vulnérabilité, comme si porter un masque rendait plus facile le fait de « tomber le masque ».

« Je me suis autorisé des choses que je n'aurais pas imaginées... On n'a pas l'habitude de dire à un patient qu'on a peur, qu'on ne sait pas... On doit toujours montrer qu'on est fort pour deux... Là on ne savait pas... » (Cécile).

« Oui... Je me suis effondré... Littéralement... Je ne pouvais plus faire face alors ça s'est ouvert, là... Je ne savais pas comment faire, je n'arrivais pas à m'arrêter... Je parlais, je parlais, je parlais, et je m'en fichais de savoir si ma tutrice et la cadre allaient voir ça comme de la faiblesse... On ne nous apprend que ça, rester forts, être forts, se taire, je n'en pouvais plus de me taire, on fermait vous savez combien on fermait de housses par jour à moment donné ? Les applaudissements le soir oui d'accord mais le lendemain quand il fallait y retourner, ben ça ne servait pas à grand-chose... Moi perso j'avais arrêté de dormir, pendant longtemps j'ai eu du mal à dormir, je fais encore des cauchemars et le pire c'est qu'on voudrait nous faire croire que c'est passé on tourne la page non il ne faut surtout pas oublier... » (Marc).

Il fallait aussi pour ces étudiants accepter de ne plus se regarder comme seulement « bienfaisants » avec le patient, prenant conscience que leurs gestes étaient empreints de menace, s'ils transmettaient le virus. Cette situation d'insécurité a aussi pour certains fait émerger le doute comme une composante de leur action, qui alors qu'il avait jusque-là empêché le geste audacieux, la prise d'initiative, et fortement impacté leur confiance en ce qu'ils faisaient, en ce qu'ils étaient, devenait source de questionnement et de vigilance éthique pour proposer des soins plus « humanisés » (Lucie).

« Ça m'a obligée à me questionner, est-ce que ce que je faisais c'était bien, c'était ça dont le patient avait besoin à ce moment-là ? On est souvent dans la routine, et puis en tant qu'étudiant on est beaucoup sur les gestes techniques, il faut bien l'avouer, là, les gens étaient seuls, on n'avait pas forcément le temps, on était sur les rotules, mais l'important c'était de prendre un peu de temps, et surtout, surtout de toujours se demander si là c'était ça dont le patient avait besoin, avait envie » (Lucie).

« Moi perso je l'avoue pour la première fois j'ai demandé à des patients si ce que j'allais leur faire c'était ce dont ils avaient besoin, là, à ce moment-là, jamais je n'aurais imaginé qu'on pouvait faire ça, jamais... » (Marc).

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 se sent seul face à l'inconnu. Derrière le masque, ces futurs soignants se sont autorisés à braver certains interdits pour continuer à toucher et à être touchés, regarder, parler, caresser.

« J'avoue, je savais que cette dame elle allait mourir, et je savais que je prenais des risques pour moi et le reste du service, mais j'ai enlevé mes gants pour lui faire ses dernières toilettes tant qu'elle était vivante, pour la masser, lui faire sa prévention d'escarres, et j'ai aussi enlevé mon masque pour l'embrasser... » (Emma).

Certains sens ont pris une autre dimension, qu'ils avaient écartée, en particulier celui des odeurs corporelles, les leurs, celles des patients, les raccordant à la même humanité.

« Il y avait les odeurs aussi, ma grand-mère elle me disait toujours la mort tu sens quand elle arrive, elle a une odeur, tu ne peux pas oublier cette odeur, et elle a une couleur, la peau elle change quand la mort s'invite elle disait ma mamie, alors comme j'étais perdue, je me suis accrochée à ça, j'ai regardé, j'ai senti, j'avais tellement la trouille, j'avais jamais touché un mort, là il fallait fermer des sacs, le bruit de la fermeture éclair, moi c'est ça dont je me souviendrai quand on me parlera de la mort, pas les odeurs, comme ma grand-mère, moi ce sera le bruit de la fermeture éclair... » (Anaïs).

« En cours, on avait eu une intervenante qui nous avait dit que notre corps ne dégage pas les mêmes odeurs quand on a peur, quand on est stressé, fatigué, que notre voix aussi elle change, en plus avec le masque on n'a pas la même voix, je n'y croyais pas, ben moi j'ai pu le vérifier pour moi, pour mes collègues. Les patients aussi... On en a ri, franchement en fin de journée... » (Esteban).

La voix, ses intonations, son tremblement, leurs silences, sont arrivés sur le devant de la scène du soin, dont ils ont mesuré la prégnance. 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). Dans ce contexte, Sybille explique avoir pris conscience de l'importance d'écouter le patient dans sa connaissance de la maladie, de ses complications et de son vécu par exemple. Cette forme de communion dans l'humanité s'est aussi fondée sur la nécessité d'avancer ensemble sur un chemin dont pour la première fois, les soignants ne connaissaient pas la direction. Formés à anticiper les situations, à gérer les risques, ces étudiants découvraient au jour le jour une situation qui évoluait sans en connaître l'issue, et mesuraient les limites de la science et du savoir, comme les personnes soignées.

« On ne savait rien, on écoutait la télé, ils s'écharpaient tous, les Raoult, les médecins de santé publique, on cherchait sur internet, il y avait de tout, les gens se lâchaient, et nous on était au milieu, on avait la trouille, tous les jours on avait des consignes différentes du lieu où on était en renfort, on appelait l'école, ils ne savaient rien de plus, c'était compliqué... Moi j'ai besoin de comprendre, de savoir, là on ne savait rien... J'y ai réfléchi quand vous m'avez appelé pour le rendez-vous, je me suis dit c'est comme quand on était petits et qu'on avançait dans un train fantôme, tu sais que tu vas avoir la trouille, tu ne sais pas quand, tu ne sais pas ce qui va se passer mais tu n'as pas le choix, tu es dans le wagon, il faut que tu avances ! » (Elliott).

Enfin, ils pouvaient aussi tomber malades, et se retrouver dans la même situation que les personnes dont ils s'étaient occupés la veille, devenir une menace pour les êtres chers, avec lesquels pour certains ils n'avaient volontairement plus de contact physique. La triade Ethos-Chronos-Thanatos, course contre le temps, contre la mort, appelant à la vigilance éthique, parfois au sursaut éthique dans les choix d'orientation de certains patients, rappelait la fragilité de l'instant, la violence du moment. Dans sa brutale réalité, la mort que certains avaient le sentiment d'avoir apprivoisée, venait bousculer des certitudes, celles en particulier de toujours faire des choix « justes », et mettre ces étudiants face à des questionnements éthiques. Elle les mettait aussi face au sentiment d'être responsable d'autrui, et responsable pour autrui dans les choix faits, les décisions prises dans l'urgence. Les médecins, les cadres de santé, les directeurs d'établissement apparaissaient alors sous un nouveau jour, celui de la vulnérabilité, confrontés à des décisions difficiles à prendre.

Vers de nouveaux autrui significatifs

Il leur a alors fallu trouver de nouvelles ressources, de nouveaux repères, en stage, dans leur quotidien, et dans cette quête se sont dessinés de nouveaux possibles. Dans ce contexte de crise, d'inconnu, les figures modèles ont changé, les étudiants se sont reconnus en des professionnels jusque-là invisibles pour eux (les agents de service hospitalier, les aides-soignants...), ou ont pu observer chez d'autres professionnels (médecins, encadrants) des comportements peu habituels.

« Moi j'avoue, je suis arrivé en I.F.S.I.⁶ pas par hasard mais presque, à la base je voulais être kiné mais j'ai raté P.A.C.E.S.⁷, alors ben il fallait bien faire quelque chose (rires)... La première année les stages en E.H.P.A.D. ça a été très compliqué pour moi, le travail avec les aides-soignantes, la distribution des médicaments, franchement je peux le dire, ça me gavait, pardon... Mais franchement c'était pas ça qui me faisait avoir envie de ce métier, là j'ai vraiment

⁶ Institut de Formation en Soins Infirmiers.

⁷ Première Année Commune des Études en Santé.

découvert, surtout les faisant fonction, les A.S.H⁸, c'étaient les seules qui s'arrêtaient pour discuter avec les patients, j'étais en chirurgie, du jour au lendemain le service a été transformé en unité Covid, elles ont fait leur travail, je les ai trouvées admirables, elles continuaient à sourire, elles nous soutenaient, les aides-soignantes je les ai vues différemment, elles m'ont vraiment appris à faire une toilette à ce moment-là, elles faisaient en douceur, elles massaient les patients, elles chantaient, il y en avait qui chantaient, j'étais bouleversé, c'est là que j'ai compris pourquoi j'allais faire ce métier, je me souviens des paroles de la chanson... » (Esteban).

« Notre directrice à l'E.H.P.A.D., elle était là le matin quand on arrivait, elle partait la dernière. Je l'ai vue faire la cuisine parce que le cuisiner était positif au pied levé, faire le ménage, assurer le standard. En pédiatrie, j'ai vu les internes demander aux externes de nous aider à faire des toilettes ou à donner à manger aux enfants hospitalisés, la chef de service est même venue m'aider à ramasser les plateaux un soir... Je crois que plus jamais on ne reverra ça mais on l'a vécu ! » (Soraya).

« Tenir la main, accompagner, trouver les bons mots, apporter des conseils et écouter, finalement ce n'est pas réservé à un groupe ou à un autre, ça dépend des personnes aussi, faut pas cataloguer. Les médecins étaient très humains, ils étaient très présents avec nous les étudiants, c'était pas le cas de nos formatrices... J'ai eu le malheur un jour de dire que j'en pouvais plus, ma formatrice référente m'a envoyé un mail pour me dire que peut-être qu'il faudrait que je réfléchisse à mes motivations pour ce métier... On avait l'impression qu'elles étaient larguées, à côté de la plaque, il y en a dans la promo qui disaient que finalement elles étaient planquées dans leur I.F.S.I., des fois je me demande s'ils n'avaient pas un peu raison, en tout cas, le retour, ça n'a plus été pareil, moi j'ai eu du mal à ne pas leur en vouloir, j'avoue... » (Victoire).

« On nous a envoyés comme de la chair à canon dans les services, du jour au lendemain on a arrêté les cours, on est reparti en stage, on était épuisés, il y en a dans ma promo qui n'ont pas pu voir leur famille pendant des mois, on n'avait pas le droit de se trouver un stage près de chez nos parents et quand on était en cours, on mangeait de la visio de 8 heures à 18 heures, pas de temps de pause, une heure pour souffler, on a galéré, on était seuls dans nos apparts, les profs ils nous redisaient interdiction de vous voir entre les cours, de faire des soirées, oui, moi j'ai vu des copines qui sont dans la même résidence que moi, j'ai eu besoin de sortir, pas beaucoup mais nous on a eu l'impression d'arrêter de vivre, et les discours étaient très culpabilisants alors qu'on a tout, tout donné franchement... » (Virginie).

Ces nouveaux autrui significatifs étaient aussi ceux qui refusaient de céder aux exigences du monde hospitalier en termes de rentabilité, de course contre le temps. Dans la mise en tension entre différentes formes de temporalité, temps contraint, temps des soins, temps de l'accompagnement, certains soignants ont en effet fait le choix de prendre le temps, montrant aussi à ces étudiants que cela pouvait être possible.

« La peur au ventre on voyait les patients tellement en souffrance, et puis diminués psychologiquement, physiquement, sans visite, j'y arrivais plus, je n'y arrivais pas, c'était trop je n'arrivais pas à emmagasiner toute cette souffrance, et la mienne et celle des collègues, ça allait à l'encontre de mes valeurs, ne pas faire rentrer les familles, mais leur rendre des sacs poubelles... Il y avait des infirmiers qui restaient plus tard le soir pour parler aux familles au téléphone... » (Maxime).

« On était en renfort donc pour la seule fois de ma formation j'ai connu ce que ça fait d'être assez nombreux, même des fois on se disait qu'on était presque trop, du coup moi j'ai pris le temps, je me suis arrêtée, j'ai pris la main des familles, j'ai pris des fois quelques minutes dans la chambre avec un monsieur qui venait de mourir, on prend jamais le temps, une fois je me suis assise dans le fauteuil et j'ai pleuré, j'ai pleuré, j'ai pleuré, je me disais même pas que c'était pas bien, je me disais vas-y pleure, et l'équipe m'a vu, ils m'ont encouragé ils m'ont dit, tu t'en fiches, pleure, et je pleurais, j'étais vidé et en même temps je crois que c'est ce jour-là que je me suis dit qu'il y a des choses que je n'accepterais plus jamais, plus jamais... Pour moi il y a eu un avant et un après et maintenant l'après dans les services il est encore moins cool que ce que j'avais imaginé mais je ne valide plus ce que je validais avant comme si je n'avais plus peur de quoi ? Je ne sais pas mais plus peur » (Akim).

Enfin, certains étudiants interrogés traduisent dans leur discours la prise de conscience de la fragilité de chaque instant, de la fragilité d'une vie, devant la violence de cette maladie.

⁸ Agent des Services Hospitaliers.

« Certains patients qui allaient bien quand tu étais passée un quart d'heure avant, avec qui tu avais rigolé, d'un coup tu avais un pressentiment tu revenais dans la chambre ils étaient en train d'agoniser. On n'était pas prêts pour ça... » (Sandrine).

Discussion : (re) penser la rencontre lors des soins, la posture professionnelle de l'entre-deux en contexte de crise sanitaire

À l'instar de nombreux autres pays occidentaux, la France vit 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 et le développement de la télémédecine, la volonté de maîtrise des dépenses de santé comme certaines évolutions sociodémographiques, 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 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. 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 devenu autant de formes nouvelles de coopérations entre professionnels de santé, à travers le réseau ville-hôpital en particulier ou de transfert de compétences entre professions médicales et paramédicales, qu'il fallait inventer, amenant à redéfinir les domaines d'activité et de responsabilité des professionnels de santé et les frontières entre professions. Ainsi les infirmiers, dont l'activité était jusque-là très réglementée et largement soumise à l'autorité médicale, ont été appelés à être de plus en plus à même de prendre en charge de manière autonome et responsable des situations professionnelles qui se complexifient (patients chroniques ou poly pathologiques) et de réagir devant l'imprévu, de poser un diagnostic et de proposer des remédiations. Ils devaient aussi pouvoir prendre une place nouvelle dans l'organisation du travail (réseaux de santé, équipes mobiles...) ou participer à une prise de décision pluri professionnelle comme dans le cas de l'accompagnement de la fin de vie. Ces premiers résultats posent des questions dans ce contexte des transformations du monde de la santé et de la professionnalisation du groupe infirmier, en particulier son processus d'universitarisation, des moyens qu'il a ou qu'il se donne pour faire évoluer ses propres normes. Si l'autonomie peut être envisagée au sens d'une autonomie cognitive ou décisionnelle, comme le soutient la loi H.P.S.T.⁹ en 2009 pour les infirmiers, 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, p. 129) pose la question chez des professionnels comme les infirmiers longtemps définis par leur relation d'auxiliaires médicaux travaillant sur prescription, de leur capacité à s'engager dans un rapport inventif et assumé à soi.

Alors que nous vivons un phénomène d'inflation normative sous la forme de standardisation des pratiques, des démarches qualité, des protocoles et procédures, dans les établissements de santé comme dans les organismes de formation, visant la prévisibilité et cherchant à gommer la part de créativité des acteurs, ce rapport inventif et assumé à soi, comme forme de normalisation traduirait une capacité à déterminer ses propres normes, et soutiendrait la capacité pour le groupe infirmier à se poser en tant qu'acteur social et

⁹ 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.

critique. Nous relient ces enjeux à la question de l'autorité chez Ardoïno (2000) qui la définit comme « *traditionnellement le pouvoir de se faire respecter, obéir, de commander, de décider* ». 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. Ainsi, « *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* » (Ardoïno, 2000, p. 200-201).

Faire évoluer ses propres normes, se professionnaliser, ne signifie pas seulement investir des savoirs professionnels rationalisés. À l'interface des dimensions individuelle et collective (le groupe professionnel) ce nouveau rapport à soi se traduit aussi (et peut-être surtout) dans la possibilité de « *transgresser les « interdits de penser » hérités des matrices culturelles dominantes* » (Sorel, 2008, p. 43). S'autoriser pour les futures générations d'infirmiers à transgresser les normes issues des générations anciennes, demande une conversion des regards, pour accéder à des formes de co-subjectivation conjointe et croisée avec les autres professionnels de santé, avec le patient lui-même. 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 soignants et soignés, à l'encontre de ce que Winckler écrivait en 2016 (p. 22) : « *lorsqu'un patient fait appel à un professionnel de santé, la relation qui s'installe est, inévitablement, asymétrique : l'un a besoin de l'autre ; l'inverse n'est pas vrai* ».

Ceci nous conduit à discuter les notions de coresponsabilité et de co-émancipation dans le soin, en élargissant le propos aux enjeux actuels de transformation de la relation soignant-soigné vers plus de partenariat et de co-action, 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 patients ou leur entourage. Les récents travaux de Guirimand, Thouroude et Leplège (2018, p. 24) montrent à ce sujet la pertinence du concept d'entre-deux « *pour surmonter l'opposition entre point de vue des professionnels et point de vue des familles lorsqu'il s'agit de produire un savoir partagé* » dans la coordination du projet de vie des jeunes en situation de handicap. Il s'agit ainsi de considérer comme une plus-value la complémentarité des savoirs, en particulier dans l'articulation entre formes d'expertise et d'expérience (Gross, Gagnayre, 2013) et considérer le patient comme co-auteur, ce qui est comme le soulignent Olry et Thiévenaz (2016, p. 211), « *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* ».

Le défi en formation est alors à la fois axiologique et épistémologique. Ainsi, si pour Haberey-Knuessi (2016, p. 95), « *il s'agit (...) de promouvoir les modalités pédagogiques qui, déjà au niveau de la formation, accordent une place centrale à l'être, en le considérant comme sujet ou comme un « humain en devenir* », nos résultats montrent les enjeux pour la formation de reconnaître la vulnérabilité du soignant comme une dimension intrinsèque du soin pour permettre aux futurs professionnels d'en appréhender les limites et les ressources. La subjectivation des acteurs en présence en lieu et place de leur objectivation, pourrait amener les futurs soignants à travers l'autre à découvrir leur propre singularité, leur propre subjectivité et leur altérité. Dans un jeu de va-et-vient, reconnaître sa propre subjectivité pourrait aider à faire plus de place à celle de la personne soignée. La rencontre avec la personne soignée, reconnue par et à travers sa vulnérabilité, permet ici d'accéder à soi à travers l'autre, médiateur de la construction d'une posture professionnelle propice à accueillir, à faire de la place à la différence comme expression de formes différentes du « je » dans la relation. Elle est faite de la rencontre humaine autant qu'elle fait la rencontre humaine, comme occasion de grandir et de se construire en faisant une réelle place au sensible et à l'émotion. L'enjeu en formation est selon nous alors celui de nommer ces espaces de discontinuité, de rupture(s) pour leur permettre d'exister, et que les étudiants y trouvent aussi le sens de leur agir professionnel. Il est aussi celui de permettre de sortir de postures normatives pour faire place au doute et à la vigilance éthique, comme capacité à toujours rester en éveil et ne pas banaliser le quotidien, ne pas standardiser les prises en soin.

En guise de conclusion...

L'attention à la personne en situation de vulnérabilité, les « petits riens » du quotidien, sont les fondements historiques de la profession d'infirmier. À l'heure où l'hôpital aurait besoin de s'engager dans un nouveau modèle pour mieux répondre à la quête de sens qui anime les soignants tout autant qu'elle les fait fuir, la

posture d'entre-deux aide à penser la différence et les écarts entre soi et l'autre, afin d'envisager non de les effacer, ni de les réduire, mais d'orienter la rencontre vers des points communs, la commune vulnérabilité, l'humanité partagée qui font lien et permettent de se reconnaître au sein d'une communauté humaine. Il s'agirait alors pour les formateurs d'amener les étudiants infirmiers à réfléchir à ce qui peut faire lien lors des soins, à identifier, nommer, rendre visible ce qui lie et relie patient et infirmier. Sur ce point, pour Thouroude (2022, p. 173) « *le manque d'entre-deux ne signifie pas le manque de points communs pour communiquer, mais le manque de visibilité et de mise à jour de ces points communs. Ce sont en quelque sorte des "points aveugles", des manques qui laissent apparaître un vide, un trou faisant obstacle à la rencontre* ».

Si cette posture requiert une capacité à sortir de logiques binaires et corporatistes, elle apparaît aussi comme une posture du mouvement, en balancier, entre différence et ressemblance, pour celui qui accepte le défi de (se) penser autrement dans le travail des soins, notamment dans la prise en compte de ses émotions, de ses fragilités, du doute qui sous-tend la question de la responsabilité d'autrui et pour autrui dans l'acte de soigner. La posture de l'entre-deux en favorisant une nouvelle manière d'être à l'autre, pourrait alors être une posture du « juste milieu », dans une approche complexe et non manichéenne, celle par laquelle le professionnel s'engagerait dans une « troisième voie », n'ayant plus à faire de choix entre *care* et *cure* par exemple. Alors le soignant qui développerait cette posture professionnelle de l'entre-deux, parce qu'elle l'engage dans une forme d'altérité et requiert de sa part la prise en compte des besoins de la personne unique et singulière, serait d'abord plus à même de ne pas réduire la prise en soin à des protocoles, des procédures, en standardisant l'agir. Ensuite cette posture permet d'appréhender le soin comme engageant les humanités respectives, celles de la personne soignée, celle de l'infirmier. Nous entendons par là que plutôt que d'imposer une vision de la situation issue de certitudes et de schémas pré-pensés par d'autres, il serait à même de composer avec le patient, ou s'ouvrir à l'interprofessionnalité. Le soignant pourrait s'engager sereinement dans la voie de l'incertitude, comme terreau au questionnement permanent sur la justesse des propositions faites au patient. Le soin pourrait alors devenir cet espace où vulnérabilité, écoute, respect et humilité peuvent restaurer cette humanité ou la préserver. L'universitarisation, la professionnalisation des infirmiers telles qu'elles sont conçues dans l'espace social aujourd'hui en France, mais aussi dans de nombreux autres pays, ne doivent pas amener à négliger le travail invisible de la relation, ces gestes qui permettent au patient de se sentir digne dans le regard du soignant et dans ses attitudes, de continuer d'exister, de croire et de croître dans l'événement de la maladie, du handicap, de la fin de vie. Pour Manciaux (2001), la capacité de résilience d'une société peut soutenir ce changement de regard. Ceci nous conduit à proposer de réfléchir sur ces questions à partir de la définition de la compassion au sens de Zielinski (2009, p. 56).

« La compassion est quelque chose qui nous arrive, malgré nous : événement affectif face à la souffrance de l'autre. Cette main affaiblie qui tâtonne indéfiniment, à l'aveugle, dans un geste qui s'épuise, s'amenuise, à la recherche du verre d'eau trop éloigné sur la table de nuit. Je suis saisi, comme si s'inscrivait dans mes entrailles la distance soudain infinie entre la main et le verre, comme si cette impuissance là-bas réveillait ma propre impuissance, ici, en moi. Pourtant, je me précipite – oh, avec le plus de délicatesse possible - j'interroge sur le besoin d'aide, je pousse la table vers le lit, rapproche le verre de la main, accompagne éventuellement la main jusqu'aux lèvres. Je suis saisi, dans la chair, par l'impossibilité, l'incapacité ou la douleur qui s'expose dans la chair de l'autre. Je suis saisi, et ne peux faire autrement : je n'ai pas choisi ce bouleversement de mon trajet, de mes projets, cette mise à l'épreuve de mes bonnes intentions. Quelque chose entre dans le champ de vision, frappe l'oreille : accepter de se laisser détourner de son chemin d'assurance ou de puissance, voilà le chemin de la compassion. Quelque chose fait irruption et rupture, m'empêche de poursuivre sur ma lancée, impose un détour à mon itinéraire, m'arrête : c'est quelqu'un ! ... La compassion commence dans le fait d'être ainsi exposé à autrui ».

Bibliographie

Ardoino, J. (2010). Les avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir. Presses Universitaires de France.

Blanchet, V. (2019). Étudiant infirmier : « garder la face » pour être reconnu [Mémoire de Master, Université de Bourgogne], Dijon, France.

- Chauvenet, A. (1978). Médecines au choix, médecine de classe. Presses universitaires de France.
- Dubar, C. (2000). La socialisation- Construction des identités sociales et professionnelles. Armand Colin.
- Feldman, D.C. (1984). The development and enforcement of group norms. *Academy of management review*, 9(1), 47-53.
- Fischer, G.N. (2005). Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Dunod.
- Foley, R.A., Saraga, M. (2021). Soignants et étudiants face à la mort : des émotions à écarter. *Anthropologie et sociétés*, 45(1-2), 277-296.
- Goffman, E. (1973). La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi. Éditions de Minuit.
- Gross, O., Gagnayre, R. (2013). Hypothèse d'un modèle théorique du patient-expert et de l'expertise du patient : processus d'élaboration, *Recherches qualitatives (hors-série n° 15)*, 147-165.
- Guirimand, N., Thouroude, L., Leplège, A. (2018). La posture de l'entre-deux des professionnels des secteurs médico-social et sanitaire et la coordination des parcours des jeunes en situation de handicap, *ALTER, European Journal of Disability Research*, 12, 13-25
- Haberey-Knuessi, V. (2016). La professionnalisation en soins infirmiers et le sujet en tension. Dans D. Broussal, J.-F. Marcel et J. Thiévenaz (Coord.), *Soigner et former-Contribution des sciences de l'éducation* (p. 79-98). L'Harmattan.
- Hélie, T., Thouroude, L. (2018). L'entre-deux comme posture pédagogique auprès d'élèves autistes de type Kannérien : trouver sa voix - sa voie ? *CLIOPSY*, 2(20), 55-69.
- Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmer dans une perspective soignante. Masson.
- Hochschild, A.R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 1(9), 19-49.
- Hugues, E.C. (1958). *Men at their Work*. The Free Press.
- Le Breton, D. (2008). Anthropologie du corps et modernité. Presses universitaires de France.
- Manciaux, M. (2001). La résilience, un regard qui fait vivre. *Études*, 10(395), 321-330.
- Mattéi, P. (2007). La profession infirmière et son intérêt pour les sciences humaines. *Recherche en soins infirmiers*, 2 (89), 103-108.
- Morvillers, J.-M. (2015). Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 3(122), 77-81.
- Rothier-Bautzer, E. (2012). Formation des soignants en France : la difficile émergence de nouveaux modèles. *Les Tribunes de la santé*, 3(36), 83-88.
- Rothier-Bautzer, E. (2017). L'écologie des groupes professionnels – L'exemple idéal-typique du secteur sanitaire. *Revue Éducation, Santé, Société*, 4(2), 101-113.
- Schwartz, Y., Echternacht, E. (2009). Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre ? *Corps*, 1(6), 31-37.
- Sibony, D. (1991). Entre-deux : l'origine en partage. Éditions du Seuil.
- Sorel, M. (2008). À propos de la professionnalisation : le retour du sujet... *Savoirs*, 2 (17), 37-50.

Spitch, R.S., Keleman, S. (1985). Explicit norm structuring process a strategy for increasing task-group effectiveness. *Group and organizational studies*, 10(1), 37-59.

Strauss, A. (1992). La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. L'Harmattan.

Thiévenaz, J., Olry, P. (2016). Le « travail » de patient. Une étude de cas. Dans D. Broussal, J.-F. Marcel et J. Thiévenaz (Coords.). *Soigner et former. Contribution des sciences de l'éducation* (p. 205-226). L'Harmattan.

Thouroude, L. (2016). L'approche interactionniste du handicap : obstacles et liens dans la rencontre parents-enseignants. *Spirale*, 57 numéro spécial, 81-92.

Thouroude, L. (2022). Prévenir les handicaps et les violences. La posture de l'entre-deux en éducation. *Champ social*.

Tronto, J. (2009). Un monde vulnérable. Pour une politique du *care*. La Découverte.

Vega, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15(3), 103-132.

Winckler, M. (2016). Les brutes en blanc. Flammarion.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 2(17), 9-36.

Zielinski, A. (2009). La compassion, de l'affection à l'action. *Études*, 1(410), 55-65.