

De l'entrée en IFSI à l'entrée sur le marché du travail : articulation des processus de sélection des étudiant.e.s en soins infirmiers

Lucile Girard

Centre Georges Chevrier CNRS –Université de Bourgogne Franche-Comté

De l'entrée à l'IFSI à l'entrée sur le marché du travail : articulation des processus de sélection des étudiant.e.s en soins infirmiers.

Comme de nombreuses professions de santé, l'exercice infirmier est réglementé par un Diplôme d'Etat, obligatoire pour pouvoir exercer, qui régule donc l'accès au marché du travail. Cependant l'obtention de cette régulation, aujourd'hui peu contestée, a été l'objet d'un travail acharné pour construire et faire reconnaître la nécessité de travailleuses qualifiées à ces postes (Paradeise 1988). Ainsi, si les premiers diplômes datent de 1922, il faudra attendre plus de vingt ans pour qu'une obligation de diplôme soit établie dans les textes¹. Ce n'est qu'à partir de 1949, et la création du diplôme d'aide-soignante (Girard 2018 p.55 et suivantes), permettant notamment la requalification des infirmières² non diplômées (Arborio 2012) pour que le marché du travail puisse être considéré comme fermé. L'obtention de cette fermeture du marché du travail, au début des années 1950, a en même temps enfermé les infirmières dans un rôle d'exécution, sous le contrôle des médecins. Les infirmières ont certes obtenu une régulation de leur exercice, mais au détriment de leur autonomie dans leur exercice professionnel.

C'est ensuite un segment du groupe professionnel, les cheffes infirmières³, sorte « d'élite » de la profession (Feroni, Kober-Smith 2005) qui se structure en même temps qu'elle (Divay, Girard, 2019) qui fera émerger et aboutir, partiellement, la revendication de plus d'autonomie. Pour cela, ces cheffes infirmières vont s'investir dans la constitution d'un espace spécifique d'intervention (Ollivier 2012). Les cheffes infirmières cherchent à la fois à faire valoir la spécificité des infirmières vis-à-vis des médecins dont elles cherchent à s'émanciper, et vis-à-vis des aides-soignantes qui n'ont pas, ou très peu, accès aux savoirs médicaux (Arborio 2012). Derrière cette affirmation d'une spécificité du travail des infirmières, l'objectif des cheffes infirmières, et tout particulièrement des formatrices, c'est le maintien de l'unité du groupe professionnel. Il est en effet menacé d'éclatement en diverses spécialités, suite à la spécialisation médicale particulièrement prononcée à partir de 1958, date de la création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). La stratégie des cheffes infirmières rencontrera un écho tout particulier à partir des années 1970, dans le mouvement initié par des associations de patients souhaitant « réhumaniser » l'hôpital. Il servira d'appui à la revendication d'une reconnaissance professionnelle qui aboutira partiellement en 1978 avec la reconnaissance du rôle propre infirmier qui viendra s'ajouter au rôle sur prescription⁴.

L'institutionnalisation d'un marché du travail, dont l'accès est réservé aux détentrices du Diplôme d'Etat, tend à stabiliser sa fermeture. Néanmoins, celle-ci n'est jamais acquise une fois pour toutes (Paradeise 1988). Les formatrices des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), d'anciennes infirmières ayant passé un diplôme de cadre de santé, font toujours aujourd'hui partie des cheffes infirmières. Ce sont elles qui sont chargées de la formation des futures professionnelles. La formation est donc contrôlée par les membres d'un segment particulier du groupe professionnel qui se donnent pour

¹ C'est en 1943 que la première obligation légale de la possession du diplôme d'Etat est actée par le régime de Vichy, qui y voit une occupation légitime pour de nombreuses femmes. Cette obligation sera réaffirmée à la libération, en 1946.

² Nous utiliserons le féminin pour désigner les infirmières, les étudiantes, et les candidates pour rendre compte de la réalité démographique de ces professions. Il en ira de même pour les aides-soignantes.

³ Catégorie qui comprend d'anciennes infirmières devenues cadres de santé : qu'elles exercent en unité (cadre d'unité) ou en formation (formatrices) ; mais aussi les échelons supérieurs : cadres supérieures de santé, directrices des soins. De même que précédemment nous incluons à la fois les femmes et les hommes exerçant ces fonctions.

⁴ Il s'agit en réalité d'une semi-victoire, les cheffes infirmières souhaitaient en effet la reconnaissance d'une fonction infirmière spécifique, qui ne fasse plus apparaître le rôle sur prescription.

mission d'assurer la qualité des diplômées qui seront envoyées sur le marché du travail. Ce premier processus de sélection des diplômées est ensuite couplé à un second processus, qui se cristallise – sans s'y réduire – au moment du recrutement sur un poste, d'autres actrices sont à l'origine de ce second moment de sélection : les responsables des ressources humaines des structures, mais également les cadres de santé encadrant les équipes et, quoiqu'à titre différent, les infirmières en exercice⁵. Dans cet article, nous nous proposons d'interroger les différentes sélections auxquelles sont soumises les étudiantes durant leur formation de trois années en IFSI et leur articulation.

Notre démarche méthodologique, résolument qualitative, est constituée du suivi longitudinal de dix-neuf d'étudiantes d'un même IFSI (à Voulin, rattaché à un Centre Hospitalier Universitaire), durant leurs trois années d'études et pour certaines durant leurs premières années d'exercice professionnel. Nous avons également interrogé huit formatrices de l'institut, ainsi que les trois membres de la direction, toutes cadres supérieures de santé et anciennes infirmières. Ces entretiens ont été complétés par des observations du concours d'entrée en IFSI (85 candidates auditionnées par 16 jurys, à Voulin et dans un autre IFSI (Pantun) ne dépendant pas d'un CHU) ainsi que par des entretiens auprès de personnels de la direction des ressources humaines et d'observations d'entretiens de recrutement dans l'hôpital auquel est rattaché l'IFSI.

Nous présenterons nos résultats en trois temps. Dans un premier temps, nous reviendrons sur le rôle des formatrices dans le recrutement de futurs membres du groupe professionnel. Dans un second temps, nous nous arrêterons sur les temps de stage. Ils sont un moment privilégié pour comprendre l'articulation des sélections opérées durant la formation. Dans un dernier temps, nous reviendrons sur la sélection particulière à l'entrée du marché du travail, à travers les entretiens d'embauches et nous aborderons la question de la segmentation du groupe professionnel.

1. Responsabilité des formatrices dans le recrutement et la formation des futures infirmières

1.1. Sélection à l'entrée en formation

Les formatrices des IFSI sont responsables à la fois de la formation, mais aussi de la sélection des candidates qui vont entrer en IFSI⁶. A l'époque de notre terrain, cette sélection se réalisait *via* un concours composé de deux épreuves : une épreuve écrite d'admissibilité et une épreuve orale d'admission⁷. Nous nous concentrerons ici sur l'oral d'admission, qui consiste en un entretien devant un jury composé de trois personnes : deux d'entre elles ont exercé en tant qu'infirmières avant de se spécialiser : une cadre de santé exerçant en unité de soin et une formatrice ; le troisième membre du jury est bien souvent psychologue, et travaille souvent en unité de soin. Les formatrices et les cadres de santé – et les psychologues quoique dans une moindre mesure – se sentent responsables de la qualité des candidates qui vont être recrutées. Ce qui va particulièrement nous intéresser ici se sont les critères sur lesquels les membres du jury font reposer leurs décisions.

Réglementairement cette épreuve orale « *est destinée à apprécier l'aptitude [de la] candidat[e] à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel* »⁸. Cet objectif général se décline à travers des critères plus précis, présents dans les documents sur lesquels le jury doit prendre appui pour rendre sa décision. Ces documents, propres à chaque IFSI, sont élaborés par les formatrices et validés par l'équipe de direction. Bien que légèrement différents sur la forme dans les deux IFSI, ces documents sont assez similaires sur le fond. Nous avons synthétisé leurs critères en trois grandes catégories : les

⁵ Pour exercer en libéral, il est nécessaire de pouvoir justifier de 2 ou 3 années d'exercice professionnel dans une structure, sous la responsabilité d'un cadre de santé. Nous ne parlerons donc pas de ce cas ici.

⁶ C'est l'Etat qui régule le nombre d'infirmières, à travers l'instauration de quotas. A l'époque de notre terrain, ces quotas ne sont bien souvent pas atteints.

⁷ Depuis 2019, l'entrée en IFSI n'est plus soumise à une sélection sur concours mais à une sélection par examen de dossier via la plateforme Parcoursup.

⁸ Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Article 16

« capacités de raisonnement », les « capacités au care » et les « capacités d'engagement »⁹. Ces critères font directement référence à l'activité infirmière, ou plus exactement, à la représentation idéalisée que s'en font les formatrices et les directions des IFSI qui valident ces critères. Ainsi, utiliser le critère des « capacités de raisonnement », permet de réaffirmer que les infirmières ne sont pas seulement les exécutantes des prescriptions médicales, elles doivent être capables de « raisonner complexe » comme nous le dira la cadre supérieure de santé responsable de l'organisation des oraux à l'IFSI de Voulin. Les « capacités au care » renvoient à la possibilité de se soucier de l'autre, au sens large. Se sont des « qualités humaines » comme nous le disait une formatrice de l'IFSI de Voulin. Il s'agit également de parvenir à gérer ses émotions pour prendre en charge les patients quelles que soit leurs caractéristiques ou leur situation. Enfin, les « capacités d'engagement » font référence au « vrai choix et particulièrement celui de la construction d'un futur métier »¹⁰ – par opposition avec l'occupation d'un emploi – qui se manifeste par l'acceptation des contraintes, entre autres les horaires souvent décalés et le travail les week-ends et les jours fériés.

Nous avons montré ailleurs (Girard 2018) qu'au vu de la diversité des caractéristiques des candidates recrutées – tant en termes d'âge, d'origine sociale, de type de baccalauréat, ou de parcours antérieur – ces critères sont moins des éléments objectifs de choix que des éléments renseignant sur la vision idéale que les formatrices se font de la bonne candidate. Comme l'a montré Anne-Chantal Dubernet à propos de la sélection à l'embauche (Dubernet 1996), le concours d'entrée en IFSI est l'occasion de réaffirmer la définition de compétences socialement reconnues comme nécessaires pour exercer en tant qu'infirmière, par le segment professionnel des cheffes infirmières, *i.e.* les formatrices, les directions des IFSI et les cadres de santé. Ces dernières se sentent d'ailleurs fortement responsables des personnes à qui elles permettent d'entrer en formation, et qui, à terme, pourront devenir infirmières. Une cadre de santé confie ainsi à la sortie de l'un des oraux qu'il « faut des gens qui tiennent la route », qui « ne [vont] pas faire n'importe quoi [une fois auprès des patients] »¹¹. Cette représentation idéalisée, utilisée lors de la sélection contribue à modeler les personnes qui entreront en formation dans la mesure où les candidates doivent correspondre à cet idéal pour être sélectionnées. Le contrôle à l'entrée de la formation joue alors le rôle d'une première régulation, en référence à l'intégration du groupe professionnel infirmier.

Cependant, le concours oral n'est que la première étape d'un processus de fabrication des futures professionnelles qui se poursuivra durant toute la durée des études, et même bien après l'obtention du diplôme. Si les critères utilisés pour sélectionner les candidates lors de l'oral du concours constituent un premier socle commun aux entrantes en IFSI, ce socle sera affiné durant les années de formation.

1.2. Sensibilisation au cadre de référence infirmier

Outre leur responsabilité dans la sélection des étudiantes qui entreront en IFSI, les formatrices témoignent de leur responsabilité à former les futures infirmières, celles qui seront ensuite envoyées sur le marché du travail. Les formatrices sont conscientes que c'est la légitimité de la clôture du marché du travail qui est de leur responsabilité. Elodie nous l'explique en faisant le parallèle avec les diplômes universitaires¹² :

Si [les étudiantes] ont leur diplôme et qu'[elles] passent à travers les gouttes, [...] on met quand même sur le marché du travail des gens qui vont s'occuper de l'autre, de l'humain, qui vont les soigner, qui vont leur passer des drogues, si [elles] savent pas calculer ni rien, on est quand même tenu... À la fac c'est pas pareil, [...] on ne va pas travailler avec notre diplôme universitaire. Là [en IFSI] nous on donne un diplôme... d'État, reconnu par l'État pour travailler, pour faire un métier quand même à lourdes responsabilités.

⁹ Il s'agit de catégories indigènes et non d'un travail de conceptualisation sociologique.

¹⁰ Article publié sur le site internet de l'IFSI de Voulin, à destination des candidates de l'oral du concours.

¹¹ Notes de terrain : - cadre d'unité, Jury 5, IFSI de Voulin ; - cadre d'unité, Jury 2, IFSI de Pantun.

¹² Depuis 2009, les étudiantes infirmières obtiennent un garde Licence à la fin de leurs études. Cependant celui-ci vient s'ajouter au diplôme d'Etat et non s'y substituer.

Ce qui est important, selon cette formatrice, c'est de garantir la qualité des professionnelles qui seront diplômées et qui entreront sur le marché du travail. Cette qualité – ou, pour le dire autrement, ce qui fait une bonne professionnelle – est définie par les formatrices. On peut résumer leur conception à une formule qui revient sans cesse dans leurs discours : le « *prendre soin* ». Il se décline en trois grands aspects. D'une part, les étudiantes doivent comprendre que les infirmières sont responsables du déroulement de la prise en charge des patients. Elles ne doivent pas « *appliqu[er] bêtement un protocole* », comme nous l'explique Ophélie, directrice adjointe de l'IFSI de Voulin. Pour cela les étudiantes doivent détenir un savoir qui leur permette, non pas de remettre en cause les décisions et diagnostics médicaux, mais de les questionner dans l'intérêt du patient. D'autre part, les étudiantes doivent comprendre ce qui fait la spécificité du travail infirmier : la « *prise en charge globale du patient* ». Cette prise en charge va au-delà de la seule maladie ou de l'infirmité. Les formatrices insistent sur le fait que le patient est avant tout une personne, qui doit être considérée « *dans ce qu'elle est, dans son ensemble, dans son milieu de vie, dans son environnement social* ». Ronald, formateur à Voulin, explique c'est là que réside la « *plus-value* » des infirmières, par rapport aux médecins. Enfin, pour réaliser cette prise en charge globale, il est nécessaire d'entrer en interaction avec une personne, tout en restant « professionnelle ». Cette injonction au professionnalisme dans la relation de soin recouvre un travail de gestion des émotions (Hochschild 2017), qui suppose de ne pas laisser transparaître d'émotions négatives devant les patients et de laisser ses problèmes personnels « *au vestiaire* »¹³.

Comme l'explique Everett Hughes, la formation ne peut être cantonnée à des enseignements directement pratiques et efficaces. Il s'agit surtout de permettre aux futures professionnelles de comprendre le système dans lequel elles seront amenées à exercer et la place qu'elles y occuperont (Hughes 1961). L'objectif est de sensibiliser les étudiantes à un rôle professionnel qui pourra être adapté en fonction des évolutions futures. Ainsi, il s'agit pour le groupe professionnel de pouvoir protéger ces frontières, définies en référence au rôle et non aux tâches. C'est d'autant plus important que les formatrices tiennent compte des besoins exprimés par l'Etat. Comme nous l'explique Laure, l'une des formatrices, il s'agit de « *répondre aux exigences du ministère qui attend qu'on mette sur le marché du travail des infirmière[s] qui soient capables de répondre aux besoins de santé de la population, en interdisciplinarité.* » La sensibilisation au rôle professionnel doit donc permettre aux futures infirmières de se situer par rapport aux autres professionnels avec lesquels elles seront amenées à travailler : notamment les médecins et les aides-soignantes. Pour les formatrices la différence avec les aides-soignantes se réalise dans le fait de détenir un savoir – médical – qui leur permet de revendiquer une responsabilité dans l'application des consignes médicales. La différence avec les médecins se situe, quant-à-elle, dans le rapport au patient, plus personnalisé et personnalisé.

Il s'agit de rhétoriques professionnelles qui visent à défendre le monopole des infirmières sur leur segment du marché du travail, en construisant les infirmières comme des professionnelles expertes (Paradeise 1985). Leur espace d'intervention spécifique est alors la prise en charge du malade, et non de la maladie. Les formatrices vont veiller à ce que les étudiantes utilisent ce cadre de référence lors de leurs expériences concrètes de travail que constituent les stages. Cette appropriation du cadre de référence pourra ainsi constituer le ciment du groupe professionnel.

2. Stages comme révélateur des logiques de sélection différentes

2.1. Pour les formatrices : vérification de l'appropriation du cadre de référence

Les stages représentent la moitié du temps de formation (2100 heures sur 4200). Ils sont, pour les étudiantes, des temps de socialisation particuliers, puisqu'ils leur permettent de se plonger dans la « réalité » de l'activité, au contact des patients et des professionnels de soins¹⁴. Les formatrices

¹³ Expression qui nous a été rapportée par plusieurs étudiantes, qui la tiennent de professionnelles exerçant dans les unités de soins.

¹⁴ Il s'agit d'une réalité de l'activité en tant qu'étudiantes. Ce qui peut entraîner des modifications dans l'organisation de leur travail par rapport aux infirmières diplômées et des décalages.

n'interviennent pas directement dans l'évaluation du stage, qui est de la responsabilité des équipes des services¹⁵. Pourtant, ce sont elles qui, *in fine*, proposent la validation du stage à la Commission d'Attribution des Crédits (CAC)¹⁶. Leur décision se base sur un ensemble d'éléments, dont l'appréciation de stage fournie par les équipes des unités et les « démarches de soins », évalués par une formatrice référente du stage¹⁷. Les « démarches de soins » sont des présentations des patients qui doivent contenir les éléments importants à prendre en compte dans la prise en charge. Il s'agit pour les étudiantes de réaliser une sélection et une hiérarchisation entre les éléments relevant à la fois de l'histoire de vie du patient et de sa pathologie. Les formatrices insistent durant cet exercice, sur l'identification des problèmes de santé en fonction des professionnels qui vont les prendre en charge, et sur la hiérarchisation de l'importance des problèmes. Ainsi, dans un service de rééducation, lors de la présentation d'un patient ayant eu un accident de moto, un étudiant de deuxième année relève trois problèmes relevant du rôle infirmier :

Un « déficit en soins personnels du patient », [c'est-à-dire le fait qu'il puisse se laver même en étant moins mobile], un risque de démotivation, et un risque de constipation. Il classe le déficit en soin personnel comme le risque le plus important. La formatrice lui répond « en général, vous [les étudiants] vous priorisez les problèmes en fonction de votre charge de travail et non par rapport au ressenti du patient. Ce qui prime ici c'est quoi ? » L'étudiant réfléchit puis répond « c'est la motivation. » La formatrice « oui, parce que le fait de rester motivé est très important. Le reste découle de ça. Et moi le déficit en soins personnels je le mettrai en dernier. » Elle explique que c'est une conséquence des autres problèmes et non un problème en lui-même. (Carnet de terrain, 6 mars)

Le déficit en soins personnels se traduit dans la réalité du travail par les soins d'hygiène et de confort, qui s'ils peuvent être assurés par les étudiantes en début de stage, doivent ensuite être progressivement délégués aux aides-soignantes. Ce type de présentation vise donc à s'assurer que les étudiantes identifient le rôle de l'infirmière et celui des autres acteurs impliqués dans leur résolution. C'est un moyen pour les formatrices, d'amener les étudiantes à faire fonctionner le cadre de référence dans des situations concrètes. Les étudiantes doivent réaliser ces démarches dans chacun des lieux de stages où elles seront envoyées.

La répartition des étudiantes sur les différents terrains de stage est réalisée par les IFSI. Dans celui de Voulin c'est Ophélie – une cadre supérieure de santé – qui a la charge de la conception de ce qu'elle appelle les « lignes de stage », en faisant en sorte que les étudiantes aient rencontré une grande diversité de types d'exercice, de structures et d'unités durant leurs trois années d'études. Elle argumente qu'au terme de leur formation les étudiantes

ont un diplôme d'Etat d'infirmier finalement novice et polyvalent. Le but c'est [qu'elles] aient [...] vraiment les invariants, et les soins prévalents qu'une infirmière doit maîtriser. C'est vraiment ça qui nous importe.

Pour Ophélie, ce qui compte ce n'est pas de former les étudiantes de façon très pointue sur l'ensemble des techniques de soins, mais bien de les préparer à pouvoir exercer dans des contextes différents, en se positionnant en tant qu'infirmière, c'est-à-dire en faisant fonctionner le cadre de référence dans un

¹⁵ Ce n'est plus le cas depuis 2009 et la dernière réforme de la formation infirmière. Avant cela, elles participaient activement à l'évaluation dans le cadre des Mises en Situations Professionnelles (MSP). Il s'agissait d'une évaluation portant à la fois sur les connaissances et la réalisation d'un geste de soin, réalisée conjointement par une formatrice et une professionnelle du service.

¹⁶ D'après nos informations la CAC a surtout une mission de vérification administrative du temps passé en stage par l'étudiante et à la conformité du stage. Une fois ces conditions remplies, elle suit en général l'avis donné par les formatrices.

¹⁷ Chaque formatrice est chargée d'entretenir des liens avec plusieurs services qui accueillent des étudiantes. Il s'agissait, entre autres, dans les premières années après la réforme de la formation de 2009, d'expliquer comment réaliser les évaluations à l'aide du nouveau dispositif.

contexte d'exercice particulier. Arnaud, étudiant en première année, de retour de stage dans un service de psychiatrie dit « ouvert »¹⁸ nous explique ainsi ce qu'il a retiré de son stage :

J'ai appris à bien parler avec des personnes qui avaient des problèmes d'ordre psychologique. [...] Du coup maintenant, je peux me concentrer sur les soins mais c'est déjà bien d'être bien à l'aise avec la communication.

Lors de ce stage, Arnaud a pu percevoir la particularité de la prise en charge psychiatrique. La communication, pour Arnaud et sans jugement de sa part, n'est pas un soin, c'est un outil qu'un infirmier se doit de maîtriser pour réaliser correctement les soins. Ce témoignage montre que les étudiantes vont adapter le cadre de référence pour y intégrer leurs expériences particulières. L'appropriation n'est donc pas nécessairement identique pour toutes les étudiantes. Ce qui compte pour les formatrices c'est qu'elles perçoivent à chaque fois ce qui délimite le rôle de l'infirmière et qu'elles donnent un sens professionnel à leur activité. Dans le même temps, les stages constituent les premières confrontations avec l'activité concrète et particulière des différents services.

2.2. Pour les professionnelles : repérer de futures collègues

Les infirmières des services assurent la formation des étudiantes au quotidien. Depuis 2009, elles ont la responsabilité de la rédaction du bilan de stage, qui doit faire état des connaissances et des compétences acquises par l'étudiante au cours de son passage dans le service. Mais au-delà de l'évaluation institutionnelle, les stages sont aussi un moment pour repérer – et former le cas échéant – les étudiantes qui sont susceptibles de devenir de futures collègues. Le stage peut ainsi se transformer en une période probatoire. Il s'agit alors pour les professionnelles d'évaluer la possibilité pour l'étudiante d'intégrer le service et de faire sienne une conception particulière de l'activité.

Si la formation en IFSI permet aux formatrices de sensibiliser les étudiantes au cadre de référence infirmier, les stages dans les services ne sont jamais seulement ni la mise en pratique de ce cadre de référence, ni la formation à des techniques de soin. Ils constituent des temps de rencontre entre une étudiante et un collectif de soignants, qui a une façon particulière de concevoir ce rôle dans le service. En stage, les étudiantes ont alors accès non seulement aux outils nécessaires aux infirmières, mais surtout à une conception particulière du travail et à l'objet du travail tel qu'il est défini dans le service, c'est-à-dire à ce qui va guider l'action et lui donner du sens (Hardy 2015). Par exemple Agathe, de retour d'un premier stage en maison de retraite explique que le travail n'est « *pas [basé] sur un principe de guérison. [...] C'est de l'accompagnement à aller vers du mieux pour terminer... bien* ». Et dans cet accompagnement l'important selon Agathe c'est de faire en sorte que les patients se sentent « *chez eux* ». C'est au contact des collectifs de soignantes que les étudiantes vont percevoir les conceptions différentes de l'activité et pouvoir le cas échéant en faire l'apprentissage.

Cette possibilité d'appropriation est indépendante des réticences que l'étudiante peut avoir à l'endroit du type de service. Emma, étudiante en deuxième année, ne voulait pas aller en stage dans un secteur fermé en psychiatrie « *j'avais trop peur* », explique-t-elle. Pourtant une fois en stage, son sentiment a changé :

Ça a été le bonheur total [...] une belle découverte. [J'en suis] même [venue] à me dire « bah pourquoi pas plus tard aller dans cette direction ? » [...] et en plus mes collègues m'ont dit « ben franchement le jour où t'es professionnelle, ben tu viens sonner chez nous, on te prend tout de suite ».

Si la rencontre est fructueuse, c'est-à-dire si d'une part le collectif accepte de faire participer l'étudiante et lui donne ainsi la possibilité de s'approprier l'objet du travail particulier ; et si d'autre part, l'étudiante parvient à réaliser cette appropriation et fait sienne cette conception particulière de l'activité, alors l'étudiante deviendra une future collègue potentielle. Ce repérage n'a pas nécessairement lieu en fin de

¹⁸ Il s'agit d'un service où les patients viennent recevoir des soins de leur plein gré, et ne sont pas contraints de rester dans l'établissement.

formation. Ainsi Juliette, étudiante en première année, explique qu'à la fin de son stage la cadre de santé du service a gardé une photocopie de son évaluation de fin de stage et lui a dit « *si vous voulez postuler, il y aura la trace* ».

La perception de l'objet du travail particulier n'entraîne pas mécaniquement une projection des étudiantes dans la place qui leur est proposée. Il leur est toujours possible de refuser cette place, d'autant plus qu'une même étudiante peut se voir proposer plusieurs places dans différents services. Ainsi par exemple Agathe, qui s'était pourtant approprié la conception du travail de l'EHPAD, s'est aussi vu proposer un poste lors de son stage en lycée lors de sa deuxième année, et une place dans un cabinet libéral lors de sa troisième année. Néanmoins, si le repérage effectué par les professionnelles est indispensable pour que les étudiantes puissent se projeter dans un avenir professionnel dans le service, encore faut-il être recruté.

3. Insertion sur le marché du travail

3.1. Diminuer l'incertitude sur les recrutements

Si les formatrices des IFSI ont avant tout la mission de former des professionnelles de qualité, ce n'est pas pour autant qu'elles ignorent totalement la nécessité pour les étudiantes de trouver un emploi. Ainsi, Ophélie, la responsable de la répartition des stages à l'IFSI de Voulin, explique qu'elle est consciente du développement de nouvelles modalités d'exercice professionnel, comme les maisons de santé. Elle essaie donc de trouver des places de stage dans ces structures pour les étudiantes de son établissement. Pour autant, le CHU reste le plus gros pourvoyeur de places de stage pour l'IFSI de Voulin, puisqu'il est sa structure de rattachement. De manière plus générale, il est le plus gros pourvoyeur d'emplois dans le domaine de la santé, dans le bassin d'emploi de l'IFSI. Il propose aussi une grande diversité de postes et les emplois les plus stables (fonctionnaires). C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de comprendre comment s'y déroulent les recrutements.

Au CHU de Voulin, c'est Roselyne – une ancienne infirmière devenue successivement cadre de santé, cadre supérieur de santé, puis cadre supérieure coordinatrice – qui s'occupe de recevoir les postulantes. Le but de Roselyne c'est de réaliser de « bons » recrutements, c'est-à-dire, selon elle, de recruter des personnes qui donneront satisfaction et dont les contrats pourront être renouvelés¹⁹. Pour mener à bien sa mission, Roselyne va s'employer à collecter une multitude d'indices qui doivent lui permettre de réduire l'incertitude qui préside à tout processus de recrutement (Eymard-Duvernay, Marchal 1997), et ainsi proposer aux cadres de pôle et d'unité des candidates qui conviennent²⁰. Cette évaluation est difficile parce que posséder le diplôme d'Etat – condition indispensable au recrutement – ne suffit pas à garantir sa réussite. Roselyne nous raconte ainsi le recrutement raté d'une jeune professionnelle qui était pourtant major de sa promotion à l'IFSI, mais qui une fois recrutée s'est trouvée en difficultés dans le service, et présentait « *par ailleurs des comportements qui épuisent tous ses collaborateurs* ». Ainsi l'obtention du diplôme d'Etat, y compris de manière brillante, ne peut suffire à garantir la qualité du recrutement.

Dès lors, Roselyne explique fonder sa décision en privilégiant deux éléments : à la fois la qualité des rapports de stage et les différentes expériences de stage, qui forment la « ligne de stage ». En ce qui concerne la qualité des rapports de stage, avoir un rapport de stage très négatif n'est pas rédhibitoire. Comme Roselyne l'explique : « *on a tous un stage de mauvais dans notre carrière* ». C'est plutôt l'accumulation d'expériences négatives qui va l'amener à formuler un jugement négatif. Il peut s'agir, par exemple, d'éléments qui dénoteraient des difficultés à s'adapter au service. La « ligne de stage », quant-à-elle, permet de réduire les incertitudes quant à la connaissance du fonctionnement du CHU.

¹⁹ Au moment où nous rencontrons Roselyne, les embauches sont réalisées sur des contrats en CDD, renouvelables et éventuellement transformables par la suite en CDI puis en poste de fonctionnaires titulaires.

²⁰ Il est à noter que Roselyne recrute avant tout pour la structure CHU, et qu'elle propose ensuite les candidates aux cadres de pôles.

Pour Roselyne, se sont surtout la connaissance de la charge de travail, des particularités d'organisation et des logiciels propres au CHU, qui font la différence. Cependant, ces éléments ne permettent que modérément de réduire les incertitudes sur le recrutement.

Le meilleur moyen de réduire ces incertitudes reste d'avoir l'avis des professionnelles de l'unité. Roselyne explique lors de l'entretien que le matin même, elle a discuté avec sa collègue de cardiologie qui lui explique qu'une étudiante est actuellement en stage dans le service et compte postuler au CHU. Elle demande que Roselyne la « *positionne* » sur le poste qui se libère dans le service. Ainsi la qualité du recrutement est quasiment assurée. Roselyne y consent d'autant plus volontiers que cela permet de réduire le *turn over* du service. Pour autant, tous les services ne bénéficient pas de cette attention.

3.2. Marché du travail et segments professionnels

Cette disparité entre les services est liée à la reconnaissance d'une spécificité pour certains services, dont d'autres ne jouissent pas. Il ne s'agit pas là d'un phénomène nouveau, et certains segments ont obtenu une reconnaissance légale de leur spécificité. Pour eux, c'est l'Etat qui acte la reconnaissance officielle *via* des formations et des diplômes de spécialité. On pense ici tout particulièrement aux infirmières anesthésistes, aux infirmières puéricultrices ou encore aux infirmières de bloc opératoire, qui ont obtenu une formation spécifique, sanctionnée par un diplôme. L'Etat contribue ainsi à la structuration interne du groupe professionnel en une multitude de segments (Bucher, Strauss 1961).

Cependant tous les segments n'obtiennent pas cette reconnaissance étatique. Ce n'est pas pour autant qu'ils sont nécessairement démunis. Ainsi Roselyne – comme beaucoup d'autres professionnelles – explique que « *tout le monde n'est pas infirmière de chir[urgie], infirmière de réa[nimation], infirmière de psy[chiatrie]* ». Ces services ne constituent pas des spécialités reconnues par un diplôme. Dans le cas de la psychiatrie, le segment professionnel a plutôt connu le chemin inverse, puisque depuis 1992 la formation est devenue commune aux infirmières de soins psychiatriques et aux infirmiers de soins généraux. Perdant en visibilité institutionnelle, le segment psychiatrique conserve néanmoins un statut à part dans les représentations des membres du groupe professionnel. Ce statut à part permet à certains services de contrôler, en partie, leur marché du travail, en amont des recrutements. Pour des segments comme la chirurgie et la réanimation – qui n'ont jamais bénéficié d'une reconnaissance institutionnelle de leur spécificité – c'est bien souvent l'argument de la « *technicité* » des soins qui est mobilisé. Ces services mettraient en difficultés les jeunes professionnelles qui ne seraient pas suffisamment expérimentées. Cet argument est globalement partagé à l'intérieur du groupe professionnel infirmier. L'efficacité dans la réalisation des soins est d'ailleurs perçue très tôt par les étudiantes comme un marqueur de leur professionnalisme. Ainsi ne pas réussir une prise de sang « *enlève toute crédibilité* » auprès des patients²¹. Les segments professionnels utilisent cette rhétorique de l'expertise technique pour contrôler leur marché du travail en amont des recrutements. Ainsi, pour les services de réanimation ou des urgences, Roselyne explique que seules les étudiantes qui sont recommandées par le service sont assurées d'y être affectées.

A l'inverse, certains types de service semblent plus accessibles. C'est le cas notamment des services de gériatrie, où sont prioritairement affectées les étudiantes qui sortent d'école et qui ne sont recommandées par aucun service en particulier. Roselyne nous explique la différence :

La réa c'est très technique. Sur les autres services, je favorise ce qu'on appelle le changement d'affectation en interne. [...] la priorité c'est proposer aux professionnelles qui sont affectées sur le pôle personnes âgées, des postes hors [du pôle], en médecine ou en chirurgie.

Le *turnover* qui peut exister dans les services de gériatrie n'est pas considéré comme un problème, alors que c'est le cas pour d'autres types de services, comme la réanimation. Les services de gériatrie semblent constituer des portes d'entrée dans le CHU, pouvant éventuellement donner lieu, par la suite,

²¹ Marine, étudiante en deuxième année.

à des mutations internes vers d'autres type de services. Cet argument est indépendant de la question de la technicité des soins – qui existe aussi en gériatrie – mais provient d'une représentation partagée au sein du groupe professionnel selon laquelle ces services seraient moins complexes pour les jeunes professionnelles. Ce type de service ne peut donc pas exercer un contrôle en amont du recrutement sur son marché du travail. Pourtant il existe une sélection des entrantes en gériatrie. Certaines infirmières ne resteront pas dans ce type de service, et n'adhéreront pas à la conception du travail particulière qui y est développée. Cela pourrait signifier que le segment gériatrie exerce un contrôle de ces entrantes *a posteriori* de l'embauche. C'est ce que montrent les travaux de François Aubry à propos des aides-soignantes dans les EHPAD en France et au Canada (Aubry 2010). Il existe alors une sélection en aval du recrutement qui aboutit au départ des nouvelles entrantes qui ne peuvent pas s'adapter aux conditions de travail.

Conclusion

Les formatrices des IFSI se fixent comme objectif de sélectionner et de former des étudiantes qui seront, en théorie, capables d'exercer dans divers types d'exercice. En garantissant la transmission d'un cadre de référence commun à l'ensemble des étudiantes, elles contribuent à assurer la qualité des futures professionnelles et ainsi à justifier la fermeture du marché du travail infirmier. Si leur espace spécifique d'intervention – la prise en charge du malade et non de la maladie – peine encore à leur assurer une autonomie dans leur travail (Lert 1996), de fait, aujourd'hui, en France nul ne remet en cause l'obligation de posséder un Diplôme d'Etat d'infirmière pour pouvoir exercer.

Pour autant, cela ne signifie pas qu'il existe une homogénéité à l'intérieur de la profession. A l'intérieur de ce marché du travail fermé, il existe une grande diversité d'emplois et de postes, régulés plus ou moins officiellement par différents segments professionnels. Ainsi, si certains segments disposent de diplômes spécifiques qui leur permettent d'obtenir une relative fermeture de leur marché du travail, d'autres utilisent des rhétoriques professionnelles, plus ou moins puissantes pour parvenir à justifier de régulation en amont des recrutements. Ces rhétoriques professionnelles, partagées par une grande majorité de professionnelles, de formatrices et de cadres de santé, font bien souvent appel à l'argument du besoin de la maîtrise technique – comme en réanimation – ou bien reposent sur des particularités d'exercices – comme en psychiatrie. D'autres segments, comme la gériatrie, ne parviennent pas à imposer une rhétorique spécifique, et doivent se contenter de régulation en aval des recrutements.

Il existe donc un double mouvement au sein du processus de recrutement. Le premier concerne le recrutement au sein du groupe professionnel infirmier. Il s'attache à constituer une base commune à toutes ses membres, à travers un cadre de référence commun et la revendication d'une certaine polyvalence. La qualité des futures professionnelles se mesure alors à l'aune de l'appropriation de ce cadre de référence. Le second mouvement concerne le recrutement au sein de segments professionnels, qui régulent les entrées en amont ou en aval de la phase de recrutement. Pour les segments dont la rhétorique d'expertise est partagée au sein du groupe professionnel, les temps de stage permettent de repérer, parmi le vivier des étudiantes celles qui pourront intégrer le service une fois diplômées. Pour les segments qui n'ont pas cette possibilité, la sélection aura lieu une fois le recrutement effectué. La qualité des professionnelles repose alors sur leur intégration dans le collectif de travail et sur leur perception de l'objet du travail particulier.

Bibliographie

Arborio, A-M. (2012). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, France : Anthropos.

Aubry, F. (2010, 27 décembre). La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD. *SociologieS*. Récupéré le 21 juillet 2020 sur <http://journals.openedition.org/sociologies/3291>

Bucher, R & Strauss A. (1961). Professions in process. *American Journal of Sociology*, 66(4). 325-334.

- Divay, S & Girard, L. (2019). Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 4(139). 64-83
- Dubernet, A.-C. (1996). La sélection des qualités dans l'embauche. Une mise en scène de la valeur sociale. *Formation Emploi*, (54). 3-14.
- Eymard-Duvernay, F. & Marchal, E. (1997). *Façons de recruter : le jugement des compétences sur le marché du travail*. Paris, France : Métalié.
- Feroni, I & Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue Française de Sociologie*, 46(3). 469-494.
- Girard, L. (2018). *Des femmes en blanc : la « fabrication » des infirmières*. [Thèse de sociologie]. Dijon, France : Université de Bourgogne Franche-Comté.
- Hardy, A.-C. (2015) La formation de l'objet du travail médical. *Travail et emploi*, (141). 9-24.
- Hochschild, A.R. (2017). *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*. Paris, France : La Découverte.
- Hughes, E. (1961). Education for a profession. *The Library Quarterly : Information, Community, Policy*, 31(4). 336-343.
- Lert, F. (1996). Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire). *Sciences sociales et santé*, 14(3). 103-115.
- Ollivier, C. (2012). Division du travail et concurrence sur le marché de l'architecture d'intérieur. *Revue française de sociologie*, 53(2). 225-258.
- Paradeise, C. (1987) Des savoirs aux compétences : qualification et régulation des marchés du travail. *Sociologie du travail*, 29(1). 35-46.
- Paradeise, C. (1988) Les professions comme marchés du travail fermés. *Sociologie et sociétés*, 20(2). 9-21.