



HAL
open science

L'espace tutorial : lieu de transmission de la culture professionnelle infirmière.

Pasquale Chilotti

► **To cite this version:**

Pasquale Chilotti. L'espace tutorial : lieu de transmission de la culture professionnelle infirmière.. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles., Jul 2012, Paris, France. halshs-00803176

HAL Id: halshs-00803176

<https://shs.hal.science/halshs-00803176>

Submitted on 21 Mar 2013

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

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



Communication n°37 – Atelier 38 : Construction identitaire

L'espace tutorial : lieu de transmission de la culture professionnelle infirmière

Pasquale CHILOTTI, Doctorante, ISPEF LYON 2.

Résumé

Cette communication présentera l'avancée d'une recherche consacrée à la fonction tutorale telle que définie dans le référentiel de formation en soins infirmiers depuis 2009.

Dans une première partie, nous présenterons ce que nous appelons "l'espace tutorial". Celui-ci est l'ensemble des espace-temps que le tuteur construit pour réaliser sa mission et qui peuvent prendre différentes formes mais dont la pierre angulaire est l'entretien de fin de stage.

Dans une seconde partie, nous focaliserons notre attention sur cette activité dialogique, cette forme particulière du rapport à autrui et du rapport aux objets du monde, en ce qui nous concerne un rapport à une vision du métier que le tuteur tente de transmettre ou que l'étudiant mobilise pour argumenter son activité d'apprentissage.

Mots clés :

transmettre - dialogicité - espace tutorial - médiation - réflexivité

L'espace tutorial : lieu de transmission de la culture professionnelle infirmière

"Transmettre pour durer, mais aussi, s'adapter pour durer" (Anne MUXEL)

Le métier d'infirmière, en France, a profondément évolué depuis la création du premier diplôme de capacité professionnelle en 1922 et vingt-ans plus tard du diplôme d'État. Tout d'abord en s'affranchissant progressivement de la tutelle médicale. C'est ainsi qu'en 1978, il est reconnu aux infirmières un « rôle propre ». De ce fait, elles ne sont plus seulement exécutantes des prescriptions médicales, mais commence la lente reconnaissance d'un corps social ayant une identité distincte. Il faudra cependant attendre 1992 pour que l'enseignement des diagnostics infirmiers soit obligatoire dans le cursus de formation initiale (Décret n° 92-264 du 23 mars 1992). On entend par diagnostic infirmier, le processus dynamique permettant de répondre aux besoins du patient et formulé à l'issue d'un raisonnement clinique. Cependant, de Florence NIGHTINGALE (1820 - 1910) à Marie-France COLLIÈRE qui dès 1965, utilisa l'ethnohistoire pour aborder les situations de soins, une même conception du métier fut transmise de générations en générations : une vision holistique de la personne soignée et non une action centrée uniquement sur la pathologie. Alternant rôle prescrit et rôle propre, l'infirmière se partage ainsi entre « *faire des soins* » et « *prendre soin* » (HESBEEN, W., 2002).

Le référentiel de 2009 s'inscrit dans ce processus de professionnalisation tout en ayant pour finalité de former des infirmiers compétents dans un monde professionnel en pleine mutation : le vieillissement de la population, le coût des nouvelles technologies médicales, le déficit de l'assurance maladie. Parallèlement, la population exige un accès aux soins de qualité et mieux réparti sur le territoire, ce qui n'est pas sans conséquences financières. La tarification à l'activité (T2A), système de financement unique, est en application depuis janvier 2004 dans tous les établissements de santé. L'attribution des ressources dépend maintenant de l'activité réelle des établissements. De plus, la notion de « patient au cœur du système de soins », déjà prescrite dans la loi de démocratie sanitaire du 4 mars 2002, est clairement annoncée et réaffirmée dans la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires ». Sa mise en œuvre implique une modernisation du statut des établissements publics de santé et une répartition plus efficace de l'offre de soins. Les patients pris en charge par les professionnels de santé ont changé eux aussi. Les maladies chroniques type diabète lié notamment à une surcharge pondérale et l'obésité en augmentation rapide dans notre société nécessitent de développer une approche davantage axée sur la santé publique. La maladie d'Alzheimer oblige à repenser les possibilités d'accueil des personnes âgées et à développer d'autres manières de prendre soin d'elles. Les exemples seraient nombreux.

Les contraintes socio-économiques et l'évolution du profil des patients nous amènent non seulement à repenser l'offre de soins mais également à adapter la formation des professionnels. Le référentiel de formation des infirmiers qui a pris effet à la rentrée 2009 a pour objectif de permettre aux étudiants de développer les compétences professionnelles

aujourd'hui nécessaires afin que devenus infirmiers débutants, ils gagnent en opérationnalité lors de leur première prise de poste. Il me paraît nécessaire, en effet, d'adapter les prestations des professionnels aux besoins réels des patients, leur donnant les moyens d'acquérir les compétences de demain au vu de l'évolution du contexte socio-économique. En effet, cette réforme s'intègre dans la réorganisation de l'ensemble des diplômes paramédicaux appelée « réingénierie des diplômes » qui concerne seize métiers différents. Elle veut tenir compte du contexte économique, de la notion de qualité, omniprésente aujourd'hui notamment avec le processus de certification, de développement durable, d'évaluation des pratiques professionnelles, de transfert des compétences... (Rapport BERLAND 2 « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », octobre 2003).

Les instituts de formation en soins infirmiers ont, depuis 1992, la tâche non seulement de transmettre des connaissances (savoirs disciplinaires), des savoirs procéduraux (techniques de soins) mais également d'amener l'étudiant à développer un savoir-être conforme aux attentes de la profession. Ils doivent permettre, en collaboration avec les terrains de stage, la transmission des valeurs professionnelles. Pour cela, l'étudiant bénéficie d'un temps de suivi pédagogique. Selon les moments de la formation, du cours magistral au stage en passant par les travaux dirigés, les séances d'analyse de pratique...l'étudiant¹ rencontrera un enseignement, un apprentissage ou une formation.

Un des points phares du référentiel de formation de 2009 est de déplacer le centre de gravité de l'institut de formation aux terrains de stage passant ainsi d'une culture de la formation où le formateur organisait les situations d'apprentissage pour l'apprenant, vers une culture de la professionnalisation qui met ainsi la focale sur l'accompagnateur de terrain, le tuteur, et où l'étudiant devient co-auteur de son parcours et selon l'injonction même du nouveau référentiel, un praticien réflexif en devenir. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point. L'alternance prend donc une résonance particulière dans ce dispositif. Les études ne sont donc plus centrées sur des contenus à acquérir mais sur **une approche compétence**. « *Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de **professionnaliser** le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements* » [Annexe III de l'arrêté relatif au diplôme d'État d'infirmier, p.1].

Afin d'éclairer notre propos que nous ancrons dans le champ de la didactique professionnelle, nous faisons le choix de convoquer la définition de Pierre Pastré de la compétence pour qui « *être compétent, ce n'est pas savoir appliquer un ensemble de connaissances à une situation, c'est savoir organiser son activité pour s'adapter aux caractéristiques de la situation (...)* » (Pastré, P., 2004).

Trois acteurs différents sont ainsi répertoriés par le texte afin d'encadrer sur le terrain l'étudiant. Le maître de stage qui représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage, le référent de proximité quant à lui assume des fonctions classiquement dévolues au compagnon c'est-à-dire qu'il assure l'encadrement au quotidien. Mais c'est le rôle du tuteur qui est innovant car il lui est prescrit une fonction pédagogique.

¹ nous appellerons parfois l'étudiant, ESI pour étudiant en soins infirmiers

Cette fonction tutorale s'exerce au sein de ce que nous avons appelé l'espace tutorial. Voyons en quoi cet espace tutorial peut être non seulement un lieu d'accompagnement et d'évaluation mais également de transmission des valeurs professionnelles.

1. L'espace tutorial

Nous définissons l'espace tutorial comme l'ensemble des espace-temps que le tuteur construit pour réaliser sa mission et qui peuvent prendre différentes formes mais dont la pierre angulaire est l'entretien d'évaluation des compétences lors d'un bilan de fin de stage. Il est donc un environnement dynamique, dans la mesure où il évolue « *avec une dynamique propre, indépendante de l'action des agents* » en présence : l'étudiant, le tuteur voire d'autres professionnels présents (Pastré, P., 2011, p. 70).

Cet espace peut être plus ou moins incarné par différents acteurs selon qu'il existe ou pas un tuteur sur le lieu de stage. En effet, si selon l'annexe III de l'arrêté relatif au diplôme d'État d'infirmier, la « *désignation des tuteurs relève des missions de l'encadrement professionnel sur la base de critères de compétences, d'expérience et de formation* » les 10 étudiants de notre cohorte rencontrent rarement un tuteur dans leur parcours de formation. En cas d'absence de tuteur une partie de sa mission est accomplie par le ou les référent(s) de proximité à savoir l'entretien-bilan de fin de stage et l'évaluation du niveau d'acquisition des compétences de l'étudiant. Dans ce cas, la polyphonie qui semble être recherchée par le dispositif de formation en proposant à l'étudiant 7 tuteurs différents durant son cursus sera majorée. En effet, la confrontation à plusieurs tuteurs, donc à plusieurs modèles professionnels - et/ou contre-modèles - permet à l'étudiant de construire une identité professionnelle. Car le tuteur peut être un « *facilitateur* » mais également un obstacle à l'apprentissage. Son identité professionnelle, ses valeurs peuvent être différentes, voire en opposition, de celles de l'étudiant. La « *polyphonie* » elle-même, peut-être perturbatrice, si elle n'est pas explicitée, si l'étudiant ne peut pas prendre une position réflexive face à ces contradictions apparentes. Il doit donc pouvoir, grâce au climat de confiance établi avec son tuteur, lorsqu'il y en a un, l'interroger quant aux différences qu'il perçoit afin d'en analyser les tenants et les aboutissants, y donner un sens et pouvoir faire un choix raisonné. Le référent de stage aura un rôle essentiel permettant à l'étudiant de mettre en perspective ce qu'il rencontre en stage avec le modèle de soins vu à l'institut et ce d'autant plus que l'espace tutorial aura été habité par différents référents de proximité mais sans tuteur pour orchestrer cet encadrement. Le formateur référent de stage lui permettra ainsi de prendre conscience qu'il y a souvent plusieurs façons d'appréhender un problème en situation sans que l'une soit supérieure à l'autre dans l'absolu mais qu'elle trouve sa légitimité en fonction du contexte.

Le tuteur, en tant que « *facilitateur* » n'évalue pas seulement les acquis et la progression de l'étudiant mais organise le parcours d'apprentissage afin que le tutoré soit confronté à de nouvelles expériences (la « *familiarisation* »), il diagnostique les prénotions qui pourraient faire obstacle à l'apprentissage si elles n'étaient pas prises en compte (« *les représentations* »), il adapte ses méthodes pédagogiques selon les besoins de l'apprenti et donne du sens aux apprentissages (« *les motivations* »), il contextualise les apprentissages à acquérir afin de favoriser la transférabilité des savoirs (« *les clés de compréhension* ») (Vincent, F., 1982,

p.18-19). On peut regrouper les fonctions du tuteur, selon P. Kunegel, en trois grandes thématiques « *la transposition de la prescription, la monstration et le guidage* » (Kunegel, P., 2005, p.129). « *La transposition de la prescription* » revient pour le tuteur à effectuer un véritable diagnostic pédagogique. Il doit en effet être capable de proposer les situations de travail à l'étudiant en fonction de son niveau d'apprentissage, de son parcours, de son histoire de vie. Les situations problèmes doivent être suffisamment simples pour ne pas décourager l'apprenant, mais suffisamment complexes pour entraîner un conflit sociocognitif. Il faudra faire évoluer les situations proposées à l'étudiant au fur et à mesure que celui-ci acquiert des compétences. Le tuteur doit donc mettre en œuvre les conditions d'apprentissage qui permettront à l'ESI de réaliser la transposition didactique entre les savoirs théoriques et les savoirs procéduraux afin de l'amener à développer des savoirs d'action (Barbier, J.M., 2004, p.16). « *La monstration* » semble plus être la fonction du référent de proximité. Pour autant, on peut imaginer que le tuteur réalise des temps formatifs durant lesquels il « montre comment faire » tout en explicitant. Enfin le « *guidage* » désigne « *l'ensemble des séquences dans lesquelles le maître produit des énoncés lorsque l'activité est conduite par l'apprenti* » (Kunegel, P., 2005, p.131).

Mais comme nous l'avons déjà évoqué, il est une autre fonction qui incombe au tuteur infirmier, l'évaluation des critères d'acquisition des compétences sur la base des indicateurs mentionnés dans le portfolio. Il doit en effet, au terme du stage, évaluer les compétences acquises par l'étudiant durant le stage. Or au-delà de l'évaluation de la « *fonction productive* » telle que la nomme P. Rabardel, c'est-à-dire ce qui est visé par la prescription (médicale ou du tuteur dans le cadre du rôle propre infirmier), il convient d'évaluer la « *fonction constructive* ». En quoi l'étudiant s'est-il transformé, a-t-il construit des connaissances, développé des schèmes nouveaux ? Est-il capable d'élaborer de nouvelles règles d'action pour répondre à une situation problème à laquelle il a été confronté ? Pour le dire autrement, cette évaluation au-delà de contrôler s'il y a écart entre tâche prescrite et tâche réelle (pour exemple : l'ESI est-il capable de poser une perfusion en respectant les règles d'hygiène, de confort, de sécurité et en exécutant sans erreur un calcul de dose ?), doit permettre de valider l'apprentissage effectué par le tutoré (l'étudiant a-t-il conceptualisé la situation, a-t-il réalisé la transposition didactique entre les différents savoirs théoriques et savoirs procéduraux afin d'être compétent en situation tout en ayant été capable d'utiliser les moyens à sa disposition, l'environnement ?). De plus, en reconnaissant l'acquisition d'une compétence par le tutoré, le tuteur le reconnaît socialement comme appartenant (ou étant en cours d'appartenance) au groupe professionnel.

Le rôle du tuteur est donc nettement différencié de celui du référent de proximité, il n'est pas le compagnon qui montre le geste professionnel au quotidien. C'est pourquoi l'entretien nous paraît être une modalité d'encadrement importante à la disposition du tuteur. En effet, celui-ci peut utiliser l'entretien à différents moments du stage de l'étudiant :

- pour l'accueillir et lui présenter la structure d'accueil, lui demander ses objectifs personnels de stage, lui remettre le livret d'accueil et lui annoncer les modalités tutorales qu'il va mettre en place ;

- lorsque le besoin de régulation se fait ressentir, à la demande de l'étudiant, des référents de proximité ou du tuteur ;

- pour travailler à partir de situations cliniques. En effet, le référentiel précise que « *Le retour sur la pratique, la réflexion, et le questionnement sont accompagnées par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un formateur. Ceci contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière* » (Annexe III de L'arrêté relatif au diplôme d'État d'infirmier, p.9). Ces temps dédiés à l'analyse de pratiques peuvent être individuels ou collectifs. Le tuteur doit amener l'étudiant à acquérir un habitus praxéologique, une analyse dans et sur l'action comme outil de professionnalisation. L'habitus est ici pris au sens bourdieusien, l'analyse réflexive serait alors une expérience incorporée au fur et à mesure de la formation devenant ainsi, à moyen terme, une attitude professionnelle partagée par l'ensemble de la communauté. La praxéologie serait alors un agir professionnel socialement construit qui fonctionnerait comme un principe organisateur de la pratique professionnelle des infirmiers, devenant un « *inconscient culturel* ».

Le tuteur peut être amené à reprendre des éléments de cours théoriques non compris par l'étudiant, afin de les expliciter et les illustrer par les cas cliniques rencontrés dans le service. Dans ce cas, l'entretien devient l'espace temps privilégié de la transmission.

- Enfin, l'entretien bilan de fin de stage afin d'évaluer la progression de l'étudiant dans l'acquisition des compétences. Dans la mesure où seul l'entretien bilan est systématiquement réalisé nous avons décidé de focaliser notre attention sur cette activité particulière. L'entretien d'évaluation du niveau d'acquisition des compétences est appréhendé, non seulement comme un espace relationnel, permettant l'accompagnement de l'étudiant mais comme un espace à construire. Ainsi il pourra devenir un artefact de la relation tuteur / étudiant mais également un artefact à la disposition des deux protagonistes afin de favoriser la professionnalisation de l'étudiant. La méthodologie retenue pour notre étude consiste de filmer l'entretien bilan de fin de stage pour chaque étudiant d'une cohorte de 10 ESI et ce pendant les deux dernières années de leur cursus, soit 5 stages. Puis nous utilisons la méthodologie de l'autoconfrontation croisée décrite par Y. CLOT mais que nous nous approprions. En effet la clinique de l'activité a pour objectif d'amener les travailleurs « *à penser collectivement le travail pour le réorganiser* » (Clot, Y., 2007) alors qu'en didactique professionnelle nous analysons le travail afin de comprendre comment se fait l'apprentissage et plus particulièrement la conceptualisation dans l'action (Pastré).

Nous avons pour but, premièrement, de comprendre comment se construit l'habitus réflexif au cours des années de formation par la médiation du tuteur, deuxièmement d'observer comment l'entretien de fin de stage réinterroge le genre professionnel, voire les genres qui se recoupent au sein du métier infirmier, en questionnant les tuteurs sur l'évaluation, la formation et l'infirmier de demain. Ou pour le dire autrement, comment les valeurs professionnelles servent de grille de lecture de manière consciente ou non, dans l'activité d'analyse ou de coanalyse du niveau de compétences des ESI. Les premiers résultats tendent en effet à nous montrer une transmission des valeurs de manière implicite lors de cette évaluation, c'est ce que nous allons exposer à présent.

2. Les valeurs professionnelles comme grille d'évaluation des compétences

Les premières coanalyses simples nous amènent à penser que l'inférence des compétences est une activité dialogique particulière de la transmission du genre professionnel infirmier.

2.1 La méthodologie de recueil de données

Tout d'abord, il convient de présenter très brièvement la méthodologie retenue puisque nous nous sommes permis d'apporter quelques transformations à la méthodologie décrite par CLOT.

- **1ère étape : coanalyse simple** : Étudiant / chercheur / images de l'entretien bilan réalisé entre le tuteur et l'ESI. Enregistrement des commentaires du sujet adressés au chercheur, lorsqu'il est confronté aux images de sa propre activité, pour chaque entretien durant les deux ans. L'objectif étant que l'étudiant, à travers cette coanalyse simple, devienne lui-même observateur de son action et nous apporte des clés d'explicitation de ce qui s'est déroulé, pour lui, durant l'entretien avec le tuteur.
- **2ème étape - coanalyse simple** : « Tuteur neutre » / chercheur / images de l'entretien bilan réalisé entre le tuteur et l'ESI. Enregistrement des commentaires du tuteur neutre adressés au chercheur, lorsqu'il est confronté aux images de l'activité réalisée durant l'espace tutoral entre l'étudiant et son tuteur ou la personne assumant cette fonction. Le tuteur neutre est un infirmier formé au tutorat qui n'encadrera jamais les 10 étudiants de la cohorte durant leur stage. Nous avons été interpellée par un commentaire d'Y. CLOT « la complicité dans l'expertise et l'habileté peut refermer l'activité sur elle-même et la rendre plus implicite encore » (Clot, Y., 2008, p.146). Or à l'issue des six premiers enregistrements, nous avons constatés que plusieurs étudiants n'avaient pas de tuteurs définis et que l'entretien d'évaluation était réalisé par un ou deux référents de proximité ou que le tuteur assurait les deux fonctions. Une certaine complicité naît en dix semaines de stage notamment dans un encadrement de type compagnonnage. De plus, les tuteurs où les référents de proximité sont souvent des experts de la spécialité clinique exercée sur le terrain de stage. C'est pourquoi, il nous semble important que le tuteur qui participe à cette coanalyse simple soit un tuteur qui n'ait jamais encadré aucun de ces étudiants et qui de plus ne pourra pas être un spécialiste de toutes les tâches effectuées par les ESI durant leur stage. C'est une relative « naïveté », car le tuteur bien que non expert de toutes les spécialités est tout de même un cadre infirmier ; il n'est donc pas totalement novice. Le même « tuteur neutre » réaliserait les coanalyses durant les deux années. La connaissance progressive de l'étudiant et de son parcours n'entraînera pas une complicité du même type que celle que l'étudiant a avec un tuteur ou un référent avec lequel il travaille pendant 5 ou 10 semaines consécutives, travail qui plus est particulier car ils peuvent être confrontés à la déchéance physique, cognitive, la souffrance, la mort. Dans la coanalyse simple, l'étudiant décrit son activité pour le chercheur. En changeant de destinataire, en verbalisant l'activité au tuteur neutre, nous avons un « accès différent au réel de l'activité du sujet » (Clot, Y., p. 126). Le tuteur neutre n'a pas les mêmes

questionnements que le chercheur car il réagit en tant que tuteur interpellé par les traces de l'activité réalisée par l'étudiant et son tuteur (ou la personne assumant la mission d'évaluation du niveau des compétences de l'ESI) dans l'espace tutorial. Il est essentiel de préciser que le tuteur n'est pas forcément un cadre, mais un infirmier ayant au moins 3 ans d'expérience. Le chercheur, infirmier de formation initiale, après avoir été à un poste de direction considéré comme un poste administratif et donc plus en lien direct avec les soins aux patients, est aujourd'hui chargé de mission. Les regards qu'il porte sur l'activité de coanalyse au sein de l'espace tutorial sont différents de ceux d'un infirmier ou cadre de proximité assurant la fonction de tuteur.

- **3ème étape - 1ère coanalyse croisée** : Étudiant/ « tuteur neutre » / chercheur / aux images. Enregistrement des commentaires adressés par le "tuteur neutre" à l'étudiant, en présence du chercheur, lorsqu'il qu'il est confronté aux images de l'entretien. Y. CLOT a mis en évidence que le « changement de destinataire de l'analyse modifie l'analyse » (CLOT, Y., 2008, p.142). L'originalité que nous proposons est de solliciter pour cette **coanalyse croisée**, non pas un pair de même niveau d'expertise, mais le « tuteur neutre ». Cette différence d'expertise devrait permettre d'accéder de façon originale au réel de l'activité du sujet. L'étudiant quant à lui va devoir veiller à ce que ces deux interlocuteurs différents que sont le chercheur et le tuteur neutre n'aient pas une incompréhension de son activité. La différence de posture entre le chercheur et le tuteur neutre est ici essentielle pour que le novice « regarde son activité à lui 'avec les yeux' des deux autres activités » (Clot, Y., p. 127). L'objectif des entretiens de coanalyse est, en effet, de mettre en exergue les procédures utilisées par le sujet au cours de son activité. Cependant, en explicitant son action à deux interlocuteurs différents, le chercheur et le « tuteur neutre », le sujet réalise une nouvelle action de coanalyse de son travail durant le stage mais également de l'activité réalisée dans le cadre de l'espace tutorial. De plus, nous nous sommes rendus compte lors des premiers enregistrements, que peu d'étudiants avaient un tuteur tel que l'exige la prescription. Leur permettre de réaliser ce travail de coanalyse croisée avec un tuteur neutre permet d'avoir des conditions identiques pour chaque ESI et pour chacun d'entre eux d'un stage à l'autre.

2.2 Les premiers résultats

Nous focaliserons notre propos, dans un premier temps, sur l'entretien bilan de stage du semestre 4 de Nicole².

Nicole au semestre 4 n'a pas de tuteur et l'entretien bilan de fin de stage est réalisée par deux référents de proximité. Nous pouvons observer dès le début de l'entretien, lors de l'installation des protagonistes autour de la table, une tension de Nicole à travers son mimogestuel (visage tendu, grimace avec la bouche). Les deux référentes lisent les indicateurs de compétence et décident d'un commun accord du niveau d'acquisition. Nicole est silencieuse en face d'elle et

² Afin de garantir l'anonymat les prénoms ont été changés

« tortille » la bouche. Le premier incident survient au bout de 2'23 d'enregistrement soit dès l'évaluation de la première compétence. L'étudiante a réalisée une démarche de soins pour la venue de son formateur référent de stage mais ne l'a pas présentée aux infirmières de terrain. Celles-ci pensent de ce fait ne pas pouvoir évaluer la compétence qui s'intitule « évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ». L'étudiante s'excuse en disant que la formatrice ne lui a pas rendu son document, mais n'argumente pas sur l'utilisation d'un raisonnement clinique contextualisé. Lors d'un indicateur suivant, les deux infirmières décident de noter « à améliorer à cause des pansements ». De nouveau Nicole grimace, sans rien dire. L'évaluation se poursuit pour les 5 premières compétences sans que l'étudiante n'intervienne. Si ce n'est à la fin de cette 5ème compétence qui n'a pu être évaluée que par des non pratiqués, elle précisera qu'elle n'a pas été confrontée à des soins éducatifs durant son stage. Au bout de 16'43, les deux infirmières précisent à Nicole qu'elle a le droit de les interrompre si elle a des questions ou si elle n'est pas d'accord avec leur évaluation.

Au moment de l'évaluation de la compétence 8 « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques », une infirmière reproche à nouveau à Nicole de ne pas avoir vu ses démarches de soins et de « n'avoir pas eu les corrections », sous-entendues de la formatrice.

A partir de cet instant, les reproches vont commencer à être formulés de façon plus précise par les infirmières à l'étudiante. Nous sommes à 18' du début de l'entretien. Avant de détailler ces reproches, il convient de s'attarder sur ce qu'est la démarche de soins au regard de ce que nous avons défini en introduction. Pour Phaneuf c'est un « processus intellectuel et délibéré structuré selon des étapes logiquement ordonnées, utilisé pour planifier des soins personnalisés visant le mieux-être de la personne soignée » (Phaneuf, M., 1996, p. 55). La démarche de soins infirmiers (DSI) est sous-tendue par des cadres conceptuels de référence: les théories de soins infirmiers. Les étudiants vont devoir s'approprier cette DSI enseignée pour pouvoir l'utiliser en situation de soins. Or là ce qui est reprochée à Nicole c'est de ne pas avoir donné à voir qu'elle s'était approprié cette démarche ni d'un point de vue académique (la démarche donnée à la formatrice pour correction) ni d'un point de vue pragmatique.

Une des infirmières va reprocher à Nicole de ne pas l'informer au préalable des patients qu'elle a choisi de s'occuper, lui précisant qu'elle aurait pu l'aider dans l'appropriation de la DSI si elle avait su suffisamment tôt de qui elle s'occupait. L'étudiante rétorquera qu'elle pensait trouver les informations dont elle a besoin pour établir une démarche personnalisée dans le dossier de la patiente. Ceci va soulever un échange qui peut sembler anodin, mais qui en fait met en exergue que les dossiers sont insuffisamment colligés et que la démarche qu'on lui reproche de ne pas avoir utilisée et peu utilisée par les infirmières elles-mêmes. Ce court échange est rompu par la tirade suivante d'une des deux référentes « *Si j'ai un conseil à te donner c'est d'un peu plus anticiper pour recueillir les données pour te donner plus de temps* » ne trouvant pas d'autres argumentaires à ce que l'étudiante lui dit en filigrane à savoir comment puis-je progresser dans le raisonnement clinique infirmier que vous utilisez vous-mêmes peu, puisque les dossiers de soins sont incomplets.

Les deux infirmières valident ensuite la liste des actes réalisés par Nicole. Le stage s'est déroulé en soins à domicile et comme le dit Nicole sur un ton ironique « ça va aller vite ». Il y a eu peu de soins techniques à lui transmettre. Au moment d'évaluer la technique des pansements simples l'infirmière qui a fait la remarque sur la démarche de soins précisera qu'elle doit reconnaître qu'elle ne l'a pas laissé assez faire par manque de temps préférant pratiquer elle. La seconde infirmière, à l'initiative du premier incident formule alors son avis « *il n'y a aucune technique, pas d'asepsie, elle travaille avec les mains / j'étais horrifiée, horrifiée. Mais moi, je suis chiant pour les pansements* ». Cette infirmière plus ancienne qui est peu intervenue sur le raisonnement clinique hormis en regrettant de ne pas avoir vu la correction de la formatrice, s'inscrit dans une perspective de rôle prescrit pour lequel elle réalise un encadrement stricte et rigoureux de transmission des techniques.

Il reste alors à réaliser l'appréciation de stage. L'infirmière plus âgée recule sa chaise et dit « *bon, je commence par les critiques : ton taux d'absentéisme qui est effrayant, tes horaires parce que je pense que le matin tu n'es pas à l'heure[...] quand on est élève on est là avant l'heure et on part après l'heure. En général, on essaie de faire toujours plus pour ne pas se faire remarquer. [...] tu as de la chance qu'on ne pointe pas ici* ». Cette infirmière précisera au cours de l'échange car sa collègue renchérit sur ses propos, donne des exemples où différents membres de l'équipe ont attendu Nicole pour aller au domicile des personnes soignées « *je suis tatillonne, je suis de la vieille école [...] tu serais dans une autre équipe tu te ferais tuer pour des petits trucs comme ça* ». L'équipe a ressenti ce retard et cet absentéisme comme du manque de respect et une non intégration au collectif de travail. Arrivée en retard d'un personnel, c'est une équipe qui part en retard au domicile ce qui va perturber la tournée de soins. Il va falloir récupérer le temps perdu au détriment de temps qui aurait pu être dévolu à la transmission de gestes professionnels. Nicole, quant à elle, justifie ces retards et absences par des problèmes de dos majorés par le matériel peu adapté en soins à domicile. Les infirmières l'amènent alors à réfléchir à son choix d'orientation professionnelle au regard de ses problèmes de santé.

Au moment de clôturer l'entretien, la même infirmière rajoute « *un petit truc, encore, fais attention avec ton portable. En milieu hospitalier tu as toujours le portable à la main aussi ?* ». Nicole précise qu'elle ne l'a pas à la main chez les patients mais que n'ayant pas de montre c'est le seul moyen qu'elle a de savoir l'heure qu'il est. L'infirmière lui précise alors que le trajet est également un temps de travail. Elle a essayé de lui faire comprendre en cours de stage en lui disant une fois « *tiens, Nicole, tu as **encore** des messages* ». Ce qui montre que cette tentative de transmettre le comportement professionnel ad hoc est mise en échec par un pattern interlocutoire qui ne fonctionne pas et qui consiste dans le dialogue avec des personnes plus jeunes (les adultes font souvent cela avec des enfants) à rectifier sans dire qu'on rectifie.

Pour conclure, nous voyons qu'à travers ce qui devait être une évaluation du niveau de compétence acquis par l'étudiante en fin de stage, les infirmières ont tenté de lui transmettre un certains nombres de valeurs importantes à leurs yeux :

- l'importance de l'acquisition du raisonnement clinique infirmier, emblème d'une autonomie de ce groupe social même et cela peut paraître paradoxal s'il est peu employé par les infirmières dans ce service ;

- le respect de l'équipe, le partage de valeurs communes comme la ponctualité, l'importance d'être présente à son poste pour ne pas déstabiliser l'organisation du travail, de rester en relation avec l'équipe pendant les trajets d'un domicile à un autre (et non d'envoyer des textos) ou pour le dire autrement de ne pas laisser la vie privée faire irruption dans sa journée de travail consacrée aux patients.

L'utilisation de l'entretien-bilan pour transmettre des valeurs, le vocabulaire professionnel apparaît de façon plus ou moins marquée selon la façon de s'est déroulé le stage. Lorsque la transmission professionnelle s'est réalisée sans heurts cela se fait de manière plus implicite que dans l'exemple choisi. Pour une étudiante que nous nommerons Zoé qui n'a pas intégré le champ sémantique professionnel, elle n'en prendra conscience malgré les efforts de son tuteur durant l'intégralité de l'entretien que pendant l'entretien de coanalyse simple avec le chercheur. Dès le début de l'entretien, le référent de proximité réalise qu'il va devoir faire l'évaluation de fin de stage, Zoé n'ayant pas su expliquer la présence du chercheur. Elle lui avait dit qu'« *une évaluatrice allait venir et qu'on allait la noter sur le portfolio* ». L'étudiante poursuit « *la grille du portfolio, pour moi, c'est une notation* ». Zoé en mettant au travail son activité lors de l'entretien-bilan de fin de stage va réaliser ce que l'infirmier a essayé de lui transmettre à savoir :

- l'importance d'une démarche de soins personnalisée, adaptée au patient et au type de service (un hôpital de jour psychiatrique ici) afin d'être en capacité de faire des transmissions professionnelles adaptées,

- ce qu'est le genre professionnel infirmier en psychiatrie et en quoi il se distingue d'un genre général infirmier en lui donnant des clés de lecture pour chaque compétence de la spécificité de cet exercice professionnel spécifique,

- la place des activités proposées aux patients en psychiatrie par rapport au projet de soins pour ces patients,

- l'importance d'ancrer ses actions dans un raisonnement clinique et non pas faire pour faire,

- la nécessité d'être plus autonome, active et engagée afin de construire ses apprentissages. En effet, « *L'expérience de l'activité, contrairement aux apparences, n'est pas « acquise » par le nouveau professionnel. Elle ne l'attend pas. C'est en elle et par elle, en lui appartenant et, simultanément, en s'en détachant, qu'il devient professionnel* » (Clot, Y., 2007, p. 90).

Elle prend également conscience de son usage d'un champ sémantique scolaire et non professionnel (emploi du temps des patients pour planification des soins aux patients). Elle verbalisera qu'elle n'avait pas compris à ce jour ce qu'était une compétence et donc vivait l'entretien-bilan comme un jugement. De plus, elle ne maîtrise pas l'outil support de l'entretien, à savoir le portfolio. Ce qui explique sa passivité, sa non implication dans l'acte d'évaluation, le mode défensif qui transparait dans une mimogestuelle spécifique (elle utilise

ses longs cheveux comme un écran lorsqu'elle n'est pas d'accord avec ce que l'infirmier tente de lui transmettre). Le chercheur lui pose la question « *Vous jouez toujours avec vos cheveux de cette manière ?* » Et elle répond « *J'ai l'impression que c'est quand il me gêne, en fait* ».

Elle réalise de plus que cette non implication verbale dans l'échange dialogique ne permet pas à l'infirmier de pouvoir évaluer son niveau de compétence. Elle ne lui donne pas suffisamment à voir qu'elle s'est approprié ce qu'il a tenté de lui transmettre. Et ce qui a fait obstacle à cette transmission, c'est le fait de ne pas partager un vocabulaire commun.

Conclusion

La dichotomie entre rôle prescrit et rôle propre se retrouve à travers les dix compétences professionnelles. Mais dans ces deux cas, les personnes incarnant l'espace tutoral lors de l'évaluation finale sont sensibles à ce que les étudiantes se soient approprié une vision holistique des soins. Cela se vérifie pour Nicole à travers les reproches de non présentation de ses démarches de soins. Les infirmières n'ont pu vérifier qu'elle avait une connaissance fine des patients dont elle s'occupait au-delà de l'exécution de pratique. Mais également en lui donnant à voir que ses problèmes de ponctualité interfèrent sur la prise en soins des patients et sur le temps à leur accorder. Pour Zoé, l'infirmier a essayé de lui transmettre la place, le rôle des activités dans le projet thérapeutique des patients au-delà de l'activité elle-même.

Enfin, ces deux exemples nous montrent que l'expérience professionnelle ne se transmet pas d'un individu à l'autre comme l'on se passe un témoin dans une course de relai mais nécessite que la controverse émise par les acteurs au sein de l'espace tutoral et particulièrement lors de l'évaluation des compétences de l'étudiant soit mise au travail. Ceci peut se faire par la médiation d'un tiers, le formateur référent pédagogique par exemple. Pour Vygotski « *c'est seulement dans la dispute, dans la discussion qu'émergent les éléments fonctionnels qui déclenchent le développement de la réflexion* » (Vygotski, L., 1997, p. 105). Ainsi pour le dire à la manière de cet auteur, les paroles du tuteur ou des référents de proximité, tentant de transmettre la culture et les valeurs professionnelles, pourront se volatiliser dans la pensée de l'étudiant.

pasquale.chilotti@sfr.fr

Bibliographie

Clot Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*, Paris : PUF.

Clot Y. Fernandez, G., & Scheller, L. (2007). Le geste de métier : problèmes de la transmission. *Psychologie de l'interaction*, 23-24, 109-138.

Clot Y. (2007). « De l'analyse des pratiques au développement des métiers », *Éducation et didactique* [En ligne], vol 1 - n°1 | avril 2007, mis en ligne le 01 avril 2009. URL : <http://educationdidactique.revues.org/106>

Kunegel P. (2005). "L'apprentissage en entreprise : l'activité de médiation des tuteurs". *Education Permanente*, N°165, p.127-138.

Hesbeen W. (2002). *Prendre soin à l'hôpital. Concept : la qualité du soin, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris : Inter éditions Masson.

Pastre P. (2011). *La didactique professionnelle, Approche anthropologique du développement chez les adultes*, Paris : PUF.

Pastre P., Samurcay R. (2004). *Recherches en didactique professionnelle*, Toulouse : Octares.

Rabardel P. (1995). *Les hommes et les technologies : une approche cognitive des instruments contemporains*, Paris : Armand Colin.

Phaneuf M. (1996). *La planification des soins*, Montréal : Chenelière.

Vincent F. (1982). "La Pédagogie du tutorat", *Éducation permanente*, N° 65, p. 15-20.

Vygotski L. (1997). *Pensée et langage*, Paris : La Dispute.

