



Université François Rabelais - Tours
UFR Arts et Sciences Humaines
Département des Sciences de l'Éducation et de la Formation
Année Universitaire 2012-2013

Explorer les chemins de l'alternance pour grandir en compétence

Mémoire présenté et soutenu par *Jocelyne GAILLARD*

En vue de l'obtention du
Master 1 Sciences de l'Éducation et de la Formation
Parcours spécifique pour les cadres de santé

Responsables : Laurence CORNU, Anne-Marie BODIN-CHENEVEAU

SOMMAIRE

| | |
|--|------------|
| INTRODUCTION | 3 |
| 1. « CARE », « CURE », CURIOSITE : | 5 |
| 1.1. INTENTIONS SOIGNANTES ET DESIR D'APPRENDRE..... | 5 |
| 1.2. CONTEXTE..... | 6 |
| 1.3. CONSTAT | 8 |
| 1.4. CAP VERS UNE PREMIERE QUESTION DE DEPART | 8 |
| 1.5. CHEMINEMENT PRECISANT LA NOUVELLE QUESTION DE DEPART | 9 |
| 2. APPROCHE CONCEPTUELLE | 11 |
| 2.1. APPRENDRE..... | 11 |
| 2.2. SE FORMER EN ALTERNANCE | 19 |
| 2.3. LE RAISONNEMENT CLINIQUE | 29 |
| 3. DE LA QUESTION DE DEPART A LA PROBLEMATIQUE | 44 |
| 4. ENQUETE DE TERRAIN..... | 45 |
| 4.1. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE..... | 45 |
| 4.2. ANALYSE DE CONTENU..... | 49 |
| 5. CONCLUSION | 70 |
| 6. ANNEXES | 71 |
| 6.1. REFERENTIEL DE COMPETENCES EN SOINS INFIRMIERS DU 15 AOUT 2009..... | 71 |
| 6.2. GUIDE D'ENTRETIENS | 81 |
| 6.3. ENTRETIENS | 82 |
| 7. BIBLIOGRAPHIE | 130 |

Introduction

Notre travail de recherche concerne l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers. Depuis la rentrée de septembre 2009, la nouvelle réforme des études est basée sur le développement des compétences. Cet apprentissage se situe dans un système de formation en alternance partageant les temps de formation entre l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et les différentes structures et établissements médico-sociaux où les infirmiers peuvent exercer leur activité. La durée de formation est de trois ans constituée de 50% de stages et 50% de cours à l'IFSI.

Formatrice en soins infirmiers depuis trois ans et après avoir exercé le métier d'infirmière pendant une vingtaine d'années, la question de l'apprentissage en alternance s'est imposée à nous à ce stade de cette nouvelle expérience professionnelle. Aussi, nous nous sommes engagée dans ce travail de recherche pour améliorer l'accompagnement des étudiants dans ce processus spécifique.

Une première partie exploratoire nous a permis de préciser la question de départ.

La seconde partie concerne l'approche conceptuelle de l'apprentissage, de la formation en alternance et du raisonnement clinique.

Dans le concept de l'apprendre, nous nous sommes attachée à définir ce que ce vocable signifie dans le contexte qui nous intéresse. Nous avons éprouvé la nécessité de distinguer information, connaissance et savoir pour ensuite trouver le lien entre connaissance et compétence.

En ce qui concerne la formation en alternance, nous avons étudié les différentes dimensions que revêt ce concept et la place de l'expérience dans ce système de formation.

Puis le raisonnement clinique nous a amenée à revenir brièvement sur l'historique de la profession d'infirmier pour situer la démarche clinique et la démarche de soins dans son contexte actuel. Cette approche de la démarche clinique par l'apprentissage du processus de raisonnement nous a conduite à différencier les étapes du raisonnement clinique infirmier. Nous avons ensuite abordé le nouveau cadre de référence que constitue le modèle trifocal.

Enfin, l'étude du processus de raisonnement clinique nous a invitée à définir la pensée critique.

La troisième partie précise l'hypothèse de recherche introduisant l'enquête de terrain.

La quatrième partie présente cette enquête. Celle-ci a été réalisée auprès d'un étudiant infirmier de troisième année et d'un formateur. L'analyse de contenu de ces deux entretiens nous a permis de révéler le poids des représentations des différents acteurs dans ce système de formation en alternance.

La conclusion dessine les contours de l'exercice du travail de recherche et nous ouvre un champ de questionnement nouveau.

1. « Care », « cure », curiosité :

1.1. Intentions soignantes et désir d'apprendre

Après avoir exercé pendant vingt cinq ans le métier d'infirmière, j'occupe désormais un poste de cadre formateur dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers. Le choix de changer de métier est en lien étroit avec d'une part, le goût d'apprendre et d'autre part, la passion pour mon métier d'origine.

J'ai de très bons souvenirs de mes années scolaires. L'investissement dans l'apprentissage de mon futur métier s'est fait naturellement. J'ai exercé à l'hôpital pendant quatre ans, puis à domicile et au sein d'une association de dialyse pendant vingt ans. Ces diverses expériences professionnelles hospitalières et extrahospitalières m'ont permis d'acquérir des compétences tant du point de vue techniques que relationnelles. J'ai effectué de nombreuses formations tout au long de ce périple afin d'actualiser mes connaissances et participé à plusieurs travaux sur les soins infirmiers. Il était important pour moi, d'améliorer ma pratique ayant pour principaux objectifs : la qualité des soins prodigués aux patients, la préservation de leur autonomie et de leur bien-être.

Durant cette période, j'ai également eu l'opportunité d'encadrer des étudiants infirmiers et les nouvelles infirmières recrutées par l'association de dialyse. J'ai vraiment apprécié de les guider, de leur donner des explications, de les voir évoluer dans le métier. Progressivement, le souhait de mettre à profit mon expérience professionnelle a vu le jour et le projet de devenir formateur en soins infirmiers s'est affirmé. Je réduisais, alors, la principale fonction de formateur à la transmission de savoirs. Quelques années plus tard, je m'engageais dans cette voie.

En septembre 2009, j'entrais à l'école de cadre de santé. C'est au cours de la même année que se mettait en place dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers¹ le nouveau référentiel de formation du diplôme élaboré par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. J'accueillais avec satisfaction l'entrée des infirmières dans le système Licence-Master-Doctorat. Cela représentait pour moi, une reconnaissance supplémentaire des infirmiers, dans leur formation initiale mais aussi dans leur expertise. L'universitarisation devrait offrir de nouvelles perspectives d'évolution du métier. Deux stages en IFSI m'ont donné l'opportunité de mieux cerner le métier de formateur, découvrant la fonction d'accompagnement auprès d'étudiants

¹ Institut de Formation en Soins Infirmiers sera noté IFSI dans tout le document

lors de moments-clés comme le suivi pédagogique et l'analyse des pratiques. Je me suis interrogée sur ma future posture d'évaluateur, réalisant qu'il me serait nécessaire de revoir mon niveau d'exigence, les étudiants infirmiers étant des sujets en construction dans des parcours singuliers.

Depuis deux ans et demi, j'accompagne les étudiants infirmiers dans cette aventure de la formation. Avec eux et avec mes collègues, j'apprends mon nouveau métier en m'immergeant progressivement dans l'univers de la pédagogie et de l'ingénierie de formation.

1.2. Contexte

La formation initiale des infirmiers s'effectue en trois ans sur le principe de l'alternance, formation à l'IFSI et formation sur les lieux de stages. Elle est divisée en six semestres.

L'arrêté du 31 juillet 2009 (Bulletin officiel Santé-Protection sociale-n°2009/7 du 15 août 2009) relatif au diplôme d'Etat d'infirmier réglemente la nouvelle formation des infirmiers. Cette réforme fait suite à diverses évolutions : évolution des besoins en santé de la population, évolution des sciences et des techniques modifiant les types de prise en charge ainsi que la mutation des attentes des usagers dans notre système de santé. L'élaboration d'un référentiel d'activités définit aujourd'hui la profession d'infirmier (voir annexe p. 71) :

« Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé ; ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration. ».

L'approche par compétences est la pierre angulaire du nouveau référentiel de formation. Nous retiendrons ici la définition de la compétence selon Philippe Zarifian² :

« La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente... » (Zarifian, 1999, p. 81)

La validation des dix compétences est nécessaire pour l'obtention du diplôme d'Etat.

Cinq compétences sont dites « cœur de métier », spécifiques au métier d'infirmier.

Les cinq autres compétences sont dites transversales. (voir annexe p.72)

Le référentiel de formation propose des Unités d'Enseignement³ de quatre types concernant six champs disciplinaires:

- Des UE dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers (Sciences humaines, sociales et droit et Sciences biologiques et médicales)
- Des UE de savoirs constitutifs des compétences infirmières (Sciences et techniques infirmières : fondements et méthodes, interventions)
- Des Unités d'Intégration⁴ des différents savoirs et leur mobilisation en situation (sciences et rôle infirmier, posture professionnelle)
- Des UE de méthodologie et de savoirs transversaux

Les UI portent sur l'analyse de situations cliniques devant permettre à l'étudiant d'utiliser des concepts et de mobiliser un ensemble de connaissances.

La pédagogie du nouveau référentiel est basée sur le socioconstructivisme qui permet aux apprenants de devenir acteurs et auteurs de leur formation. Dans ce cadre de référence, ces derniers apprennent à se questionner, à prendre conscience de leur raisonnement et à apprendre à partir de recherches qu'ils ont eux-mêmes effectuées.

La finalité de la formation est de former « des praticiens responsables, autonomes et réflexifs. »

² Philippe Zarifian est sociologue et Professeur à l'Université de Paris-Est Marne-la-Vallée

³ Unité d'enseignement sera noté UE dans tout le document

⁴ Unité d'Intégration sera noté UI dans tout le document

1.3. Constat

A l'occasion de plusieurs visites de stages d'étudiants de troisième année, nous avons constaté un défaut de connaissances de base dans l'analyse de leur démarche clinique. Ce défaut de connaissances ne permet pas aux étudiants d'établir les liens nécessaires pour poser les problèmes de santé du patient, étape primordiale pour ensuite entreprendre les actions de soins adaptées.

Certains étudiants font des recherches sur les pathologies des patients pris en charge dans le cadre d'un stage mais n'exploitent pas celles-ci dans leur démarche clinique.

D'autres ne restituent pas les travaux de recherches demandés ou se contentent de faire du copier-coller.

Ces situations nous ont interpellée et ont suscité de nombreuses questions :

1.4. Cap vers une première question de départ

Les premières questions qui orientaient ce travail de recherche concernaient à la fois l'étudiant et le formateur.

Les questions concernant l'étudiant engagé dans la formation

- Pourquoi apprend-on ?
- D'où vient l'envie d'apprendre ?
- Qu'entend-t-on par apprendre ? Distinction entre information, connaissance et savoir.
- Quelles sont les composantes du processus d'apprentissage ?
- Quels sont les obstacles à l'apprentissage ?
- Le passé scolaire de l'étudiant a-t-il une incidence sur sa posture actuelle d'apprenant ?
- Comment l'étudiant passe-t-il de son statut d'étudiant-lycéen à celui d'apprenant futur professionnel infirmier ?
- Quelle est la définition de la professionnalisation dans le cadre de la formation initiale d'infirmier ?
- Les contenus des UE font-ils sens pour l'étudiant dans l'apprentissage de son futur métier ?
- La notion de savoirs incontournables en formation initiale est-elle claire pour l'étudiant en soins infirmiers ?

Les autres questions concernaient la fonction de formateur :

- Le formateur a-t-il un rôle dans d'appropriation des savoirs des étudiants en soins infirmiers ?
- Comment favoriser l'expression du potentiel de l'étudiant ?
- Le formateur a-t-il une place dans l'envie d'apprendre de l'étudiant ?
- Quelle est sa marge de manœuvre face à des étudiants qui semblent « démotivés » dans leur apprentissage ?
- A quelles compétences de formateur cela fait-il appel ?

Ce questionnement initial autour du processus d'apprentissage, de l'envie d'apprendre et de notre nouvelle fonction de formateur nous a conduite à formuler une première question de départ :

« En quoi le formateur en soins infirmiers peut-il susciter l'envie d'apprendre chez les étudiants en formation initiale ? »

1.5. Cheminement précisant la nouvelle question de départ

Des premières lectures et une première étape de réflexion autour du concept d'apprendre nous ont peu à peu interrogée sur notre première question de départ. Plusieurs auteurs dont Bernard Charlot et Hélène Trocmé-Fabre nous ont invitée à partir du postulat que tout être humain, dès qu'il naît, a le désir d'apprendre pour découvrir le monde qui l'entoure et surtout s'adapter à celui-ci. Il en va de la survie « du petit d'homme » (Charlot, 1997). Le désir d'apprendre est lié à la condition humaine. L'étudiant en soins infirmiers qui entre en formation est animé d'un désir de devenir infirmier, animé du désir d'apprendre à devenir un infirmier.

Maintenir ce désir d'apprendre, susciter l'envie d'apprendre est une des missions principales du formateur ; Cette mission peut aussi bien concerner, la façon d'élaborer une séquence pédagogique ou la façon de la mener, la relation pédagogique ou le type d'accompagnement.

A partir de ce moment, cette première question nous a semblé trop générale et nous avons éprouvé le besoin de centrer l'objet de notre recherche dans le contexte particulier de l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers.

Nous nous sommes réinterrogée afin de mieux cerner l'objet de notre étude. De nouvelles questions ont émergé concernant ici le système de formation en alternance :

- Qu'est ce que l'alternance ?
- Que signifie apprendre dans un système en alternance ?
- Cet apprendre va-t-il de soi dès lors que l'on entre dans ce type de formation ?
- Quels en sont les principaux obstacles ?
- Qu'est-ce qui caractérise l'apprentissage dans ce système ?
- Qu'est qui peut favoriser cet apprentissage en alternance ?

L'avancée dans cette première étape du travail de recherche sur « l'apprendre » nous a permis de resserrer la question de départ initiale en la ciblant davantage, dans un premier temps, sur l'apprentissage en alternance.

Par ailleurs, lors d'un entretien exploratoire que nous avons mené antérieurement autour de la première question de départ, un formateur en soins infirmiers avait évoqué les analyses de situation clinique comme moyen pouvant susciter l'envie d'apprendre. Cette suggestion nous avait donné alors une piste supplémentaire. En effet, nous rapprochions ses dires avec une de nos hypothèses dans laquelle nous introduisions l'idée que le formateur en soins infirmiers pouvait susciter l'envie d'apprendre chez les étudiants par le biais du raisonnement clinique.

A partir de ce travail d'ensemble, nous avons formulé plus précisément notre question de départ :

« Dans le cadre de la formation initiale des infirmiers -système de formation en alternance-, quelle est la contribution du raisonnement clinique dans le savoir apprendre des étudiants ? »

Nous allons aborder maintenant le cadre conceptuel de ce travail de recherche.

Une première partie concernera le concept d'« apprendre ». Dans une seconde partie, nous nous attarderons sur le système de formation en alternance et enfin sur le raisonnement clinique dans les soins infirmiers.

2. Approche conceptuelle

2.1. Apprendre

2.1.1. Etymologie du verbe

D'après le dictionnaire historique de la langue française (Rey A. , 2012, p. 182), le verbe « apprendre » vient du latin populaire « *apprendere* », du classique « *apprehendere* » appréhender au sens psychologique de ce verbe qui signifie saisir par l'esprit et acquérir pour soi des connaissances.

2.1.2. Différentes approches de l'apprendre

D'après Françoise Raynal et Alain Rieunier, « Apprendre c'est modifier ses comportements et ses représentations. Traiter l'information de manière à pouvoir la mémoriser et la réutiliser ultérieurement. » (Raynal & Rieunier, 2009)

Ces psychopédagogues distinguent l'apprendre selon deux conceptions :

- La conception behavioriste selon laquelle « apprendre, c'est modifier durablement son comportement » (Raynal & Rieunier, 2009). Dans cette théorie, le comportement humain s'exprime exclusivement en réponse à un stimulus.
- La conception cognitiviste selon laquelle, « apprendre c'est comprendre, acquérir des informations, des capacités, intégrer des schèmes nouveaux à sa structure cognitive, modifier ses représentations ou ses comportements ». (Raynal & Rieunier, 2009)

Ces auteurs font référence au constructivisme, théorie de Jean Piaget⁵ selon laquelle les connaissances s'acquièrent et se construisent par l'interaction permanente entre l'individu et le monde et, où, l'action est la primauté dans ce mode d'apprentissage.

⁵ Jean Piaget (1896-1980) psychologue suisse, biologiste de formation, naturaliste, épistémologue, logicien, philosophe.

Bernadette Aumont et Pierre-Marie Mesnier (Aumont & Mesnier, 2005) ajoutent à cette définition centrée sur ces deux théories, l'apprentissage social, défini par Albert Bandura.⁶ Ce troisième mode d'apprentissage est spécifiquement basé sur l'observation active. Le sujet construit des connaissances à partir d'informations extraites de son observation de l'activité d'autrui. En ce sens, ce mode d'apprentissage s'imbrique dans la théorie constructiviste de Jean Piaget.

L'approche de Philippe Perrenoud (Perrenoud, 2004) nous permet d'appréhender plus concrètement la notion d'apprendre. Il précise qu'apprendre « est un processus complexe qui concerne tous les hommes et ce, depuis leur naissance ». Il dit que « rien n'est plus fragile, subjectif, imprévisible, incontrôlable que les processus d'apprentissage ». Cet auteur nous révèle ici que le processus d'apprentissage ne peut se définir rationnellement, que ce processus est complexe. Apprendre présente de multiples facettes. Nous allons commenter les différentes affirmations de cet auteur qui nous éclairent et élargissent notre vision de ce que peut signifier apprendre dans le contexte spécifique de l'apprentissage en soins infirmiers.

« Apprendre, c'est désirer » : l'étudiant en soins infirmiers qui apprend sous la contrainte de la note, n'apprend pas obligatoirement par désir de savoir mais « pour ce que le savoir garantit ». Dans le contexte qui nous intéresse, la garantie que procure le savoir peut être différente d'un étudiant à un autre. Tout dépend de ce qu'il perçoit de ce savoir qu'il met en relation ou non avec la pratique de son futur métier. La garantie peut parfois être aussi la moyenne, le dix sur vingt qui permettra de gagner les European Crédits Transfert System requis pour valider une unité d'enseignement. « Si le désir d'apprendre et les désirs antagonistes ne sont pas irrationnels, ils participent aussi à des dynamiques affectives, identitaires et relationnelles complexes. Le désir n'est pas à l'abri de toute influence, mais il n'est pas facile de le susciter ou de l'entretenir » dit aussi Philippe Perrenoud. Le formateur en soins infirmiers s'attelle ainsi à un exercice difficile et délicat en voulant soutenir ce désir d'apprendre. Effectivement, comme le précise l'auteur, « faire apprendre, c'est aussi et d'abord créer et maintenir le désir d'apprendre et de savoir et neutraliser les désirs antagonistes ». Nous percevons la nécessité pour le formateur d'avoir à l'esprit la présence de désirs très personnels chez l'apprenant pouvant l'empêcher d'apprendre. Apprendre ne va donc pas de soi comme nous aurions pu le penser au début de ce travail de recherche.

⁶ Albert Bandura est Docteur en psychologie à l'Université de Stanford.

« Apprendre, c'est persévérer » : apprendre demande du temps et « un travail de l'esprit » pas immédiatement gratifiant. Ce travail peut également faire souffrir dans les périodes de stagnation ou d'impression de régression. La formation professionnelle infirmière est dense, de par les contenus enseignés à l'IFSI mais aussi le rythme soutenu durant les trois ans avec ces trente cinq heures hebdomadaires de présence que ce soit en période de stage ou en période de cours. L'étudiant en soins infirmiers vit des périodes d'apprentissage plus ou moins faciles et les moments de découragement ou de doutes sont fréquents.

« Apprendre, c'est construire » : Philippe Perrenoud⁷ nous rappelle ici que l'étudiant apprend par un travail mental qui lui est sien, une mise en relation, une réorganisation de connaissances déjà engrangées. Il produit des savoirs à partir de situations qui vont provoquer chez lui un obstacle, un problème, un conflit cognitif qu'il devra surmonter en dépassant l'état de ses connaissances, « toute leçon doit être une réponse », dit John Dewey. Construire, c'est produire soi-même et finalement transformer ce que l'on a déjà appris. C'est aussi se donner une certaine marge d'autonomie dans la façon de faire pour répondre à une question en fonction de sa sensibilité, de son cadre de références qui fait toute la richesse de la réponse. Cette définition nous renvoie à celle de Jean Pierre Astolfi (Astolfi, 1993) dans laquelle apprendre introduit une idée de transformation : « apprendre n'est pas ajouter des informations surnuméraires mais transformer les structures cognitives telles qu'elles sont. ». Cette définition renvoie à la conception cognitiviste piagétienne et nous donne à voir l'importance pour le formateur de faire l'état des lieux des connaissances de l'étudiant, reconnaissant chez lui, le sujet, par essence, connaissant. L'étudiant en soins infirmiers qui entre en formation ne part pas de rien.

« Apprendre, c'est interagir : on apprend en se confrontant au réel et ce dernier s'incarne en partie dans la pensée et l'action d'autrui ». Nous nous retrouvons ici dans le cadre de référence que constitue le socioconstructivisme dans lequel s'inscrit la pédagogie du nouveau référentiel de formation des infirmiers. Coopération et conflits sociocognitifs sont suscités dans les nombreux travaux de groupes formels mais aussi informels. Nous abordons ici le caractère social de l'apprentissage.

En travail dirigé d'unité d'intégration, à partir d'une situation clinique d'un patient, les étudiants échangent en petits groupes, confrontent leurs idées et s'interrogent

⁷ Philippe Perrenoud est sociologue, professeur à l'Université de Genève

mutuellement avant de poser les problèmes de santé qui font sens pour eux. Ils statueront sur un jugement clinique débattu et décidé en collégialité avant d'élaborer un projet de soins commun.

Certains étudiants forment des groupes pour réviser leurs cours, cela crée une dynamique et entretient l'enthousiasme pour apprendre. Les étudiants apprennent à plusieurs également sur les lieux de stages, rencontrent des étudiants issus d'autres formations et d'autres écoles constituant un nouveau terrain fertile à de nombreux apprentissages. Ils apprennent bien sûr avec tous les membres de l'équipe et aussi auprès des personnes soignées. Toutes ces rencontres sont propices à l'apprentissage dès lors que l'étudiant prête attention et se questionne face aux événements, aux différents contextes, à ce qu'il vit.

« La socialisation consiste pour une part à intérioriser la pensée d'autrui, pas seulement sous la forme d'un surmoi, d'une instance normative, mais aussi de doute et de pluralisme, d'une rationalité, d'une pensée critique et dialectique, d'une capacité de décentration et de raisonnement hypothético-déductif. ».

Nous voyons ici toute la richesse de ces moments d'échanges, à savoir l'opportunité de faire place à l'incertitude, de développer l'ouverture d'esprit, d'interroger les différences et les évidences. Il nous semble primordial de proposer ces temps permettant les interactions qui représentent autant d'invitations à apprendre ensemble. Mais l'auteur nous signale l'autre dimension sociale « apprendre peut rapprocher aussi bien que séparer des autres ».

« Apprendre, c'est prendre des risques », prendre le risque de se tromper, de se confronter à ses limites. Le plaisir qu'induit la réussite entraîne l'étudiant dans le cercle vertueux de la réussite et peut aussi avoir les conséquences inverses pour celui qui ne réussit pas ou pas assez vite à son goût. Nous comprenons mieux ici la part affective, émotionnelle et la spirale de l'échec dans laquelle certains étudiants sont aspirés. L'auteur nous rappelle combien il est important pour le formateur de valoriser le travail des étudiants, de prendre le temps de décliner les points positifs pour éviter les découragements. Il nous revient de prendre en considération cette prise de risque et de reconnaître celle-ci dans la démarche de formation qui constitue pour l'étudiant une véritable transformation.

« Apprendre, c'est exercer un drôle de métier, il faut apprendre ses rites, son langage et ses ficelles, pour appartenir au corps apprenant ». La plupart des étudiants entrant dans cette formation sortent du milieu scolaire après le baccalauréat. Ils vont découvrir le métier d'apprenant en alternance 2100 heures de cours par année et 2100 heures de stages : une nouvelle façon d'apprendre s'impose à eux. L'immersion dans le monde du travail et à fortiori dans le monde de la santé constitue un nouvel univers que certains vont découvrir pour la première fois. Autant de nouveautés, de stimuli vont se présenter à eux comme opportunités d'apprentissage et de découverte d'une autre partie du monde. Mais par quoi commencer, qu'est-ce qui est accessoire ? Où se trouve l'essentiel à retenir ? Ces questions sont fréquemment posées aux formateurs. Nous leur disons, dès leur entrée, qu'il est nécessaire de ne pas perdre de temps, de travailler régulièrement pour ne pas être débordés et se faire dépasser par le temps. Mais, quelle place laisse-t-on à l'apprentissage de ce nouveau métier d'apprenant ?

« Apprendre, c'est mobiliser et faire évoluer un rapport au savoir, le rapport au savoir, ce n'est pas le savoir » nous dit Philippe Perrenoud, « c'est l'ensemble des relations affectives, cognitives et pratiques qu'un sujet entretient aux savoirs et à l'apprendre ». Le rapport au savoir est conséquemment très intime au sujet, à sa vie, à son être d'aujourd'hui et à son être en devenir. Cette vision est proche de celle de Bernard Charlot⁸. Pour ce dernier « le savoir est un rapport » et ce rapport, c'est le rapport que le sujet entretient avec le monde dans lequel il vit, il évolue.

Aussi, dans le chapitre suivant, nous allons tenter de mettre en lumière ce qui distingue les termes information, connaissance et savoir.

2.1.3. Information, connaissance et savoir.

Jacques Legroux⁹ nous éclaire sur la distinction entre l'information, la connaissance et le savoir. Il s'appuie sur la définition de John Dewey,

« l'acquis du maître, le contenu d'un livre, et d'une manière générale les données emmagasinées comme un capital passé par autrui, sous quelque forme que ce soit, ne représente que de l'information pour l'élève. Tant que l'information n'est pas transformée par l'expérience personnelle, elle reste ce

⁸ Bernard Charlot est professeur de Sciences de l'Education à l'Université Paris VIII St-Denis

⁹ Jacques Legroux est docteur en Sciences Sociales du Développement, Formateur au centre National Pédagogique et chargé de cours à l'université François Rabelais de Tours de 1981 à 1994

qu'elle est: de l'information. Quand elle est utilisée par l'expérience personnelle, alors vient la connaissance, celle-ci étant le résultat de l'expérience personnelle. ». (Legroux, 1981, p. 122)

Selon Jacques Legroux, l'information est de l'ordre de l'objet, elle est quantifiable et transmissible. Pour qu'elle devienne connaissance, l'étudiant devra l'assimiler, l'intérioriser, la faire sienne, la confronter à sa pensée et à sa réflexion. Certains étudiants accumulent des informations, impriment des pages sur un sujet donné et les entreposent dans un classeur. Ils ne les exploitent pas. Peut-on dire dans ce cas qu'ils apprennent ? Quel sens donnent-ils à ces recherches ? Répondent-ils à une commande ? Les étudiants ont compris, semble-t-il, qu'aller chercher des informations constitue un des critères sur lesquels ils seront évalués en stage. Certains professionnels de terrain préfèrent ne pas répondre directement à leur question et leur signalent que c'est à eux d'aller rechercher. Mais que deviennent ces recherches si elles ne sont pas débattues avec les professionnels ? Au final, à quoi et à qui servent les résultats de leurs recherches ?

L'auteur insiste sur le fait que l'information est transmissible alors que la connaissance ne l'est pas. « La connaissance est un savoir vécu et intégré par la totalité du sujet » . (Legroux, 1981, p. 138). Ainsi, la connaissance permet à la personne de comprendre ce qu'elle vit. Si le savoir renvoie à une signification univoque, la connaissance traduit une signification propre au sujet dans un contexte donné. L'intégration de la connaissance conduit la personne à être plus ouverte, en « offrant la possibilité d'opérations inverses et réciproques ». Ainsi, elle permet à la personne de s'autoréguler. La connaissance est de l'ordre affectif et cognitif.

« Le savoir est constitué d'informations mises en relation, organisées par l'activité intellectuelle du sujet » (Legroux, 1981, p. 136). Le savoir est construit par le sujet qui établit des liens entre les informations qu'il reçoit. Il s'inscrit dans le registre cognitif en ce sens qu'il ne concerne pas la sphère affective du sujet. Le savoir se situe ainsi entre l'information et la connaissance.

Si ces éclairages théoriques nous permettent de mieux cerner la distinction entre information, connaissance et savoir, il nous amène à nous interroger sur les différents modes d'évaluation et particulièrement les Questions à Choix Multiples.

Nous pensons que ce mode d'évaluation peut amener l'étudiant à croire qu'« apprendre » se résume à mémoriser pour un temps donné des informations. Ne peut-il pas induire un comportement de bachotage ?

Quelle pertinence donner à ce type d'évaluation au regard de la modalité qui est d'interroger des connaissances ? Le piège de la confusion entre information et connaissance nous semble aisé.

Le traitement de l'information est capital dans le métier d'infirmier. Il nous semble exister un dénominateur commun entre l'apprentissage et le soin. Si l'infirmier ne prête pas attention aux éléments se présentant dans une situation de soins, il ne peut être en mesure de cerner les besoins du patient et se prive d'un savoir-faire participant à une observation efficace. Dans l'apprentissage, l'étudiant qui ne prête pas attention aux informations, ne peut intégrer des connaissances et des savoirs. Ces éclairages nous donnent à voir l'importance des travaux dirigés pour reprendre certains cours magistraux de façon à créer des conditions d'intégration, de reprises de notions, d'éléments complémentaires et des illustrations permettant la compréhension.

2.1.4. Qu'est-ce qui relie connaissances et compétences ?

Depuis la nouvelle réforme des études d'infirmier, la compétence est la pierre angulaire du nouveau dispositif de formation. Comme nous l'avons souligné plus avant, le référentiel est construit autour de dix compétences soumises à validation pour l'obtention du diplôme d'état.

Selon Philippe Perrenoud :

« La compétence peut se définir comme la capacité d'agir efficacement dans un type défini de situation, capacité qui s'appuie sur des connaissances, mais ne s'y réduit pas. Pour faire face à une situation, nous devons mettre en jeu et en synergie plusieurs ressources cognitives complémentaires, parmi lesquelles des connaissances. » (Perrenoud, 2011, p. 7)

Si les connaissances sont nécessaires à la compétence, elles seules ne suffisent pas à rendre le sujet compétent. Elles ne constituent qu'une partie des ressources dont dispose le sujet pour savoir agir en situation.

« Une compétence n'est jamais la pure et simple mise en œuvre « rationnelle » de connaissances, de modèle d'action, de procédures » (Perrenoud, 2011, p. 7) La construction d'une compétence est plus complexe, elle demande du temps et de l'expérience. Elle est liée à « des schèmes de mobilisation des connaissances à bon escient, en temps réel, au service d'une activité efficace ». Ces schèmes sont le reflet de connaissances organisées par le sujet qui les a intériorisées.

La compétence se construit dans l'action. Le schème est, d'après Gérard Vergnaud¹⁰ : « une forme d'organisation invariante de la conduite pour une classe de situation donnée. » (Barbier, 1998, p. 283). Nous pouvons souligner que le caractère invariant se situe dans l'organisation de la conduite et non dans la conduite elle-même. Le schème est une sorte de cartographie, de modèle généralisable pour celui qui a tiré partie de l'expérience. Nous pouvons parler de plasticité du schème qui confère au sujet une adaptabilité en situation. Nous percevons ici la possibilité de transfert dans des situations différentes de soins et de transformation par l'étudiant en soins infirmiers au gré de ses expériences et de son parcours de formation. En soins infirmiers, la réflexion est nécessaire avant, pendant et après l'action de soins, avec à chaque fois une nouvelle perception du contexte de la personne soignée. Chaque situation de soins a son degré de complexité. Si l'étudiant a acquis la compétence de soins d'hygiène, par exemple une toilette chez une personne âgée, il devra reprendre ce qu'il sait faire pour adopter ce soin dans un contexte de pédiatrie. Ainsi, l'étudiant améliore ce même soin dans des contextes différents en convoquant à chaque fois la réflexion en action. Pour Gérard Vergnaud :

« Les inférences en situation sont nécessaires puisqu'aucune situation singulière n'est exactement identique à une autre et que la fonctionnalité du schème tient justement aux possibilités qu'il offre de tenir compte de ces singularités. » (Barbier, 1998, p. 285)

Le concept relatif à l'apprendre nous a permis de mettre en lumière la grande variété des façons d'apprendre des sujets. A l'IFSI, le registre cognitif de l'apprenant est le plus sollicité. En stage, s'y rajoutent tous les autres registres touchant aux expériences humaines : affectif, psychique, sensoriel, relationnel etc.

¹⁰ Gérard Vergnaud est Didacticien, notamment en mathématiques, chercheur au CNRS Paris VIII

L'apprentissage en soins infirmiers s'inscrit dans un système de formation en alternance. Que signifie apprendre en alternance ? Observons de plus près ce concept.

2.2. Se former en alternance

Apprendre dans un système d'alternance, confère une place prépondérante à l'expérience. La formation initiale en soins infirmiers comme nous l'avons écrit plus haut, se compose d'autant d'heures de stage que d'heures de formation à l'IFSI : quinze semaines de stage en première année, vingt semaines en seconde année et vingt-cinq semaines en troisième année. Dans cette alternance, certains étudiants rencontrent des difficultés pour trouver des repères dans leur mode d'apprentissage. Ils semblent sous-exploiter le temps de formation en stage créant comme une véritable scission entre ces deux temps de formation. Dans le prochain chapitre, nous tenterons de cerner plus précisément ce qu'est l'alternance et ce que signifie apprendre pour l'étudiant dans ce système de formation.

2.2.1. Définition et typologie

Selon Françoise Raynal et Alain Rieunier, l'alternance se définit comme étant « un dispositif de planification de la formation basé sur un principe d'interactions entre des situations de formation et des situations de production » (Raynal & Rieunier, 2009, p. 334), dispositif surtout présent dans les formations à prédominance professionnelle.

En référence à F. Antoine, D. Grootaers et T Tilman, ces auteurs reprennent quatre formes d'alternance que nous avons également retrouvées décrites par Gérard Malglaive¹¹ (Malglaive, 1993) . Nous avons noté quelques analogies entre ces quatre typologies.

« L'alternance fusion »: dans ce dispositif, la formation théorique et pratique s'effectue sur le même site. Il n'existe pas de réelle liaison entre situation de formation et situation de production, seul le lieu est commun. Cette alternance ne concerne pas la formation des infirmiers.

¹¹ Gérard Malglaive est Docteur en Sciences de l'Education Paris V, 1988. Directeur du Centre de Formation de formateurs du Conservatoire National des Arts et Métiers 1993

« L’alternance juxtapositive » dans laquelle les périodes de formation se succèdent : d’une part apprentissage sur le lieu de travail et apprentissage à l’école d’autre part, sans lien pédagogique. L’apprenant construit ses compétences avec d’un côté les savoirs formalisés enseignés dans le centre de formation et de l’autre côté les connaissances issues de l’action sur le terrain de stage. Les deux semblent fonctionner en parallèle sans véritable lien. Cela nous rappelle le programme d’études à partir duquel nous nous sommes formée, plutôt sur un mode « appliquer la théorie apprise à l’école », dans les années quatre-vingt. Cette forme d’alternance est appelée « fausse alternance » par Gérard Malglaive.

« L’alternance complémentarité » rapproche l’école et le lieu de travail qui définissent des objectifs communs de formation qualifiante pour les formés. L’apprenant ne semble pas ici être reconnu comme sujet singulier dans son apprentissage. Les objectifs de formation sont uniquement institutionnels. Cette forme d’alternance est nommée « associative » ou encore « alternance approchée » par Gérard Malglaive.

« L’alternance articulation », combine les deux enseignements pour n’en faire qu’un, encore nommée « intégrative ou réelle » par Gérard Malglaive. La formation infirmière tente aujourd’hui de se rapprocher de ce modèle par l’approche compétence où progressivement le partenariat tente de s’affirmer entre les différents acteurs que sont les étudiants, les professionnels des terrains de stage et les formateurs de l’IFSI.

Les étudiants reviennent à l’IFSI pendant leur période de stage pour des analyses de pratiques en groupes restreints. Ils évoquent des situations vécues sur le terrain, tentent de les éclairer et de mieux les comprendre par le récit et les échanges que suscite ce dernier. Les chocs cognitifs qu’induisent les écarts entre théorie et pratique vont permettre aux apprenants de se questionner et d’aller plus loin dans leur réflexion en cherchant des éléments de compréhension. Les étudiants transforment ainsi leurs connaissances, élargissent et enrichissent leur vision sur les événements revisités, conscientisés et réinterrogés. Savoirs théoriques et savoirs d’expérience s’entremêlent, interagissent, se confrontent, se reconstruisent. Au fur et à mesure de ses expériences, l’apprenant fait évoluer ses représentations et par la même, comme nous l’avons évoqué dans la première définition, apprend.

A l'IFSI, des professionnels de terrain sont invités à participer à différentes séances auprès d'étudiants en collaboration avec les formateurs. Le partenariat entre les formateurs de l'IFSI et les professionnels de terrain est un élément clé pour faire vivre l'alternance intégrative dont parlent ces auteurs et donne une certaine cohérence nécessaire entre ces deux pôles de formation. Les situations cliniques analysées par les étudiants en stage et les situations simulées à l'IFSI participent à cette alternance intégrative en invitant les étudiants au travail de maillage théorie-pratique.

2.2.2. L'alternance selon André Geay¹²

André Geay nous éclaire sur les origines de l'alternance en lien avec la notion d'apprentissage. La première forme d'apprentissage est le compagnonnage remontant au Moyen Age. Véritable apprentissage expérientiel ou direct, cet apprentissage en contact avec le monde se fait « en se trompant » et « en essayant » en situation réelle. C'est le premier mode d'apprentissage fondamental chez l'homme. Le second mode d'apprentissage est l'apprentissage médiatisé faisant intervenir un tiers entre l'apprenant et l'environnement. A partir du XVIème siècle, cette médiation est assurée par les ouvriers compagnons durant les cours du soir pour que les apprentis puissent apprendre « le trait », donnant sens à leur ouvrage, leur permettant de sortir de l'apprentissage traditionnel par observation et reproduction des gestes du maître.

André Geay décrit « la voie de l'alternance comme alternative au « tout école » et non pas comme alternative à l'école » (Geay, L'école de l'alternance, 1999, p. 29).

Pour cet auteur, « l'alternance permet d'abord d'apprendre ce qui ne s'enseigne pas à l'école » (Geay, L'école de l'alternance, 1999, p. 29). Il met en exergue les capacités qui ne sont pas inscrites dans les programmes comme la prise d'initiative ou la réactivité face à un dysfonctionnement.

André Geay nous invite à explorer le système « interface » qui s'immisce entre le système école et le système travail. Ce système interface doit faire communiquer ces deux pôles, gage de cohérence dans la formation en alternance. Il parle de « les réunir tout en les maintenant séparés ». Nous comprenons mieux ici le paradoxe. Chaque environnement différent est un lieu singulièrement fécond pour le futur professionnel en

¹² André Geay est responsable de formation à l'IFCO de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Poitiers et Professeur associé à l'Université François-Rabelais de Tours.

devenir mais une zone doit les relier, cette zone constitue l'interface et rejoint la notion d'alternance intégrative citée plus avant. Cet auteur a défini quatre dimensions qui caractérisent cet interface dont nous investiguons maintenant le contenu.

2.2.2.1. Une dimension institutionnelle

Un partenariat doit s'instaurer entre l'IFSI et le terrain de stage. Le nouveau référentiel de la formation des infirmiers prévoit des conventions entre l'IFSI et le terrain, des chartes de site qualifiant, c'est la dimension institutionnelle de l'interface. L'IFSI contractualise avec les différents terrains de stage. Le projet commun s'articule autour du référentiel de compétences à acquérir durant les trois ans de formation. Les rôles de chacun sont précisément définis en tant que maître de stage, tuteur, professionnel de proximité, formateur référent du stage. Dans ce partenariat, chacune des parties a le pouvoir de former « à parité d'estime » selon l'expression d'André Geay.

2.2.2.2. Une dimension didactique

Cette dimension nous intéresse plus particulièrement dans notre travail de recherche puisqu'elle touche au plus près ce qui nous préoccupe à savoir la dynamique d'apprentissage sous tendue dans le système de formation par alternance concernant les étudiants en formation initiale.

André Geay définit la didactique comme étant « l'étude des processus de transmission et d'appropriation des connaissances » (Geay, L'école de l'alternance, 1999, p. 63). La dimension didactique de l'alternance privilégie l'approche inductive, c'est-à-dire que l'étudiant apprend prioritairement à partir des situations de travail réelles, émanant de l'expérience. Les connaissances émergent de ces situations comme des « savoirs outils », nécessaires, vivants, connectés au réel. Elles font alors sens pour l'apprenant, la pratique favorisant la compréhension de certains contenus abstraits enseignés à l'IFSI. L'auteur parle de « démarche inversée » (Geay, L'école de l'alternance, 1999, p. 65) de l'apprentissage contrairement à la logique de transmission des savoirs où les mots précèdent l'action, où le comprendre se place avant de réussir. La pratique, l'expérience plus ou moins réussie va permettre à l'apprenant de mieux comprendre le phénomène qui sous-tend l'action et cette expérience réfléchie est une invitation à produire du savoir.

Selon André Geay, le formateur doit, dans ce cadre, ne plus être centré sur une seule discipline mais entrer dans une démarche globale d'analyse des situations de travail

autant sur le plan technique, organisationnel et humain. A partir de cette analyse globale, des objectifs spécifiques d'apprentissage pourront être dégagés et les différents savoirs extraits de l'activité réelle mis en relation.

Dans cette stratégie inversée d'apprentissage, l'auteur introduit cependant la notion de culture et spécifie que celle-ci est nécessaire :

« Les savoirs généraux ne se réduisent pas à leur fonction opérationnelle, ils méritent d'être acquis pour eux-mêmes car ils conditionnent l'accès au raisonnement logique (pour résoudre les problèmes) et l'accès à la culture (pour poser les problèmes autrement) ». (Geay, L'école de l'alternance, 1999, p. 67)

L'auteur nous fait part ici de la nécessité pour l'apprenant de sortir progressivement du concret pour aller vers les notions-clés, les concepts. Il invite à faire fonctionner la boucle cognitive « réussir-comprendre » dans les deux sens pour que le transfert des acquis puisse s'opérer dans un sens ou dans un autre. Cette approche nous donne à voir l'importance pour le formateur de repérer chez les étudiants en soins infirmiers le sens de la boucle qui leur correspond devant un problème qu'ils se posent. Lors d'analyses de situations cliniques en cours, il semble plus facile pour certains étudiants de partir des actions donc du « faire » pour identifier le problème de santé en question : le concret leur parle davantage. Dans cet exercice inversé, ils doivent s'interroger sur le but de l'action et remonter son cours pour retrouver le problème de santé ou le besoin perturbé correspondant en amont à cette action.

La démarche de problématisation des situations est largement utilisée dans la formation des infirmiers. Elle constitue une grande part de ce qui constitue les unités d'intégration. Dans ce travail d'analyse, les étudiants décomposent les éléments de la situation, réorganisent ces éléments qu'ils ont confrontés à leurs connaissances, établissent de nouveaux liens pour au final poser les problèmes de façon claire et structurée. Le formateur organise des temps pédagogiques permettant l'exploitation des différents apprentissages. En IFSI et en stage, les analyses de situation clinique sont travaillées par les étudiants à partir de la méthodologie du raisonnement clinique sur lequel nous reviendrons dans une prochaine partie.

L'auteur nous indique que si la méthode des situations problèmes semble correspondre à la didactique par alternance, l'écueil du problème construit par autrui demeure, dans notre cas ; par les formateurs et non par l'apprenant. Pour André Geay, il est nécessaire

de partir de situations vécues et éprouvées par l'étudiant, le contexte étant toujours singulier et la complexité inéluctablement au rendez-vous. L'auteur insiste sur le fait que les apprenants doivent être en mesure de poser les questions qui font sens pour eux. Le formateur accompagne dans cette émergence de sens en faisant expliciter par l'étudiant la situation vécue. Le problème est construit par l'étudiant. Le problème est ici en relation directe avec la question singulière de l'étudiant, propice à « sa » production de savoirs. Ce qui nous amène à la dimension personnelle de ce système par alternance.

2.2.2.3. Une dimension personnelle

Comme nous l'avons vu dans la première partie l'apprentissage est un processus de construction de savoirs par l'apprenant à partir de ses connaissances et représentations antérieures qu'il transforme au fur et à mesure qu'il avance dans son parcours de formation.

L'apprenant produit du savoir à partir de l'expérience, à partir des questions qu'il se pose. Cette quête personnelle de sens pousse l'apprenant à chercher des réponses à ses questions, l'étudiant en soins infirmiers qui nous intéresse ici se met en position de chercheur. Il est par conséquent actif dans cette recherche de sens et produit du savoir. Certains étudiants vont préférer consommer du savoir ou utiliser la stratégie comprendre-réussir. Ceux-ci peuvent passer à côté de certaines opportunités d'apprentissage, formuler des déductions hâtives de type « c'est comme cela que l'on doit faire », s'inscrivant plutôt dans une démarche d'imitation ou de simple application, d'exécution où le sens critique fait défaut. Ils auront tendance à plaquer par exemple des diagnostics infirmiers qui ne correspondent pas aux problèmes du patient dans la situation concernée.

La didactique de l'alternance nous donne à voir l'importante part d'autonomie de l'étudiant qui apprend dans un tel système. Au gré de ses nombreuses expériences celui-ci doit produire le sens dans ce qu'il vit au sein de cette alternance. Nous mesurons combien l'étudiant doit être actif dans le système par alternance et combien celui-ci peut déstabiliser certains étudiants fixés dans des stratégies d'apprentissage de type comprendre-réussir. Cette part d'autonomie et de démarche active va lui permettre de tirer de l'expérience des enseignements et de grandir en compétences et en responsabilité.

2.2.2.4. Une dimension pédagogique

La dimension pédagogique constitue l'ensemble des relations entre les étudiants, les tuteurs de terrain, les personnes intervenant dans les unités d'enseignement et les formateurs. André Geay parle d'une pédagogie du métier, de partage des savoirs, de double tutorat. « Le tuteur et le formateur ne sont plus considérés comme des maîtres, mais comme des personnes qui font partager leurs connaissances et leur expérience » (Geay, *L'école de l'alternance*, 1999, p. 72). Nous sommes tentée de nuancer ce propos par notre vécu de formateur. Parce qu'il est aussi évaluateur, celui qui attribue des notes aux différentes unités d'enseignement, le formateur en soins infirmiers, peut-être perçu à certains moments comme un « maître », un enseignant. Bien que nous nous présentons toujours comme formateur en début de première année, cela représente un changement pour les étudiants qui sortent du lycée. Pendant les trois années de formation, l'étudiant et le formateur entrent progressivement en relation et en partage de savoirs. Issu du métier, le formateur est un accompagnateur et un facilitateur des apprentissages. Il est aussi un tuteur, celui qui soutient, guide l'étudiant dans la transformation de ses apprentissages et dans la mise en liens de ces derniers. Pour André Geay, le tuteur de terrain a pour fonction essentielle « de rendre le travail formateur » (Geay, *L'école de l'alternance*, 1999, p. 73). Ce tuteur produit des savoirs en travaillant. André Geay récuse l'idée « de pédagogiser la formation du tuteur » (Geay, *L'école de l'alternance*, 1999, p. 73).

Cependant nous constatons que des formations au tutorat chez les infirmiers se développent massivement, aujourd'hui et cela nous interroge au regard des préconisations d'André Geay.

Il nous semble primordial, en tant que formateur d'échanger avec les professionnels de terrain sur le nouveau référentiel, les dix compétences et l'évaluation des étudiants en stage et de faire vivre cette alternance intégrative. Le formateur exerce également une fonction de tutorat dans l'accompagnement personnalisé des étudiants dont il est référent. Il assure un suivi pédagogique régulier durant les trois ans.

2.2.3. Apprendre de l'expérience et rapport au savoir

« L'alternance est un système de production de compétences professionnelles ». (Geay, *L'école de l'alternance*, 1999, p. 38). Elle permet la confrontation du savoir à l'action.

Mais, pour développer des compétences, « il ne suffit pas de faire coexister savoirs théoriques et savoirs de l'action, il faut organiser leur liaison transférentielle » (Geay, L'école de l'alternance, 1999, p. 39). L'apprenant va devoir composer entre le système école et le système travail, pour qu'à ses yeux, l'un et l'autre fassent sens dans son cheminement professionnel. Les différents savoirs doivent pouvoir se conjuguer au profit de la compétence. Dans la vie ou dans le monde du travail, le savoir a du sens pour ce qu'il nous permet d'effectuer, de réaliser. En somme, il est intéressant pour son utilité. Ce savoir constitue un outil au service de l'action. Dans le monde scolaire, le savoir peut se suffire à lui-même, sa valeur est alors d'ordre culturel « pour la connaissance, la formation de l'esprit, et le développement personnel » (Geay, L'école de l'alternance, 1999, p. 42). Ainsi, l'apprenant peut s'inscrire préférentiellement dans un rapport au savoir qui correspond à ses désirs, à ce qui l'intéresse, lui, plus particulièrement, et également dans ce qu'il réussit. Rapports au savoir et stratégies d'apprentissage sont étroitement liés.

2.2.3.1. A propos du rapport au savoir

André Geay parle de rapports au savoir conflictuels dans ce système. L'apprenant va devoir naviguer entre ces deux formes de rapports au savoir pour exploiter au maximum les différents savoirs issus des différents milieux d'apprentissage. Ainsi, il va construire le sens émanant de ce qu'il vit et apprend aussi de ces décalages entre ces deux pôles d'apprentissage.

Pour préciser ce que constitue le rapport au savoir, André Geay s'inspire de Bernard Charlot, pour lequel il n'y a pas de savoir sans rapport au savoir. Bernard Charlot écrit :

« Le rapport au savoir est rapport d'un sujet au monde, à soi-même et aux autres. Il est rapport au monde comme ensemble de significations mais aussi comme espace d'activités et il s'inscrit dans le temps » (Charlot, 1997, p. 90).

Ainsi, l'auteur énonce le sujet social au centre de ce rapport au savoir, le sujet singulier confronté à la nécessité d'apprendre pour s'adapter au monde dans lequel il évolue. La notion de temps nous semble intéressante dans la mesure où le référentiel des études infirmières est très dense et concentré dans un laps de temps finalement assez court et l'étudiant est appelé à s'adapter très rapidement. Nous pouvons nous demander si le temps nécessaire pour savoir apprendre dans l'alternance n'est pas, en quelque sorte, confisqué, à certains étudiants qui en auraient singulièrement besoin.

Pour Bernard Charlot, quelque soit la discipline qui s'emploie à analyser le rapport au savoir, celle-ci doit prendre en compte :

« Un sujet, en relation avec d'autres sujets, pris dans la dynamique du désir, parlant, agissant, se construisant dans une histoire, articulée sur celle d'une famille, d'une société, de l'espèce humaine elle-même ; engagé dans un monde où il occupe une position, et où il s'inscrit dans des rapports sociaux » (Charlot, 1997, p. 102).

Cet éclairage théorique nous rappelle que l'étudiant en soins infirmiers vit une histoire, son histoire dans l'apprentissage d'un futur métier qu'il a choisi d'exercer. Il va évoluer durant trois ans dans des espaces différents, entre IFSI et établissements sanitaires et sociaux. Il va effectuer de nombreuses rencontres et multiplier les expériences qui contribueront à sa professionnalisation. Ce rapport au savoir est conséquemment personnel à chaque étudiant. L'étudiant en formation est en relation avec tout ce qui constitue le milieu de la formation, il interagit avec lui. Nous mesurons ici l'importance pour le formateur de personnaliser l'accompagnement de chaque étudiant. Naviguer dans des rapports au savoir différents, contradictoires mais complémentaires ne va pas toujours de soi.

2.2.3.2. Apprendre par et dans l'expérience

David Kolb¹³, propose un modèle d'apprentissage permettant d'allier les acquis expérimentiels et les acquis théoriques. Il s'inspire des travaux de Jean Piaget sur l'abstraction réfléchissante. L'abstraction comme nous l'avons vue précédemment est l'un des processus qui sous tend la construction des connaissances. Il existe, selon Jean Piaget, deux types d'abstraction : l'abstraction simple et l'abstraction réfléchissante.

D'après Françoise Raynal et Alain Rieunier (Raynal & Rieunier, 2009, p. 15), « l'abstraction réfléchissante est une réflexion sur les actions personnelles passées », si l'action est réussie, celle-ci permet à l'auteur de cette action de formaliser des « stratégies efficaces » qu'il pourra réutiliser dans des situations analogues. En effet, « dans le cas de l'abstraction réfléchissante, la connaissance est abstraite de l'action effectuée sur l'objet et non pas des qualités physiques de l'objet » comme c'est le cas

¹³ David Kolb est un théoricien américain qui a développé ce modèle d'apprentissage par l'expérience ou « cycle de Kolb »

dans l'abstraction simple. Le sujet s'interroge sur le pourquoi et le comment de son action et peut en tirer des conclusions.

Le processus d'apprentissage expérientiel proposé par David Kolb (Chevrier & Charbonneau, 2000) est un cycle composé de quatre étapes : l'expérience concrète en représente la première, l'apprenant est impliqué dans l'action, le tuteur utilise la pratique pour faire acquérir des savoirs de l'action. La seconde étape est celle de l'observation réfléchie, elle correspond à l'étape d'analyse, le tuteur ou le formateur incite à la réflexion sur la pratique. Cette seconde étape entraîne la formation de concepts ou phase de conceptualisation abstraite et introduit la troisième étape : l'apprenant recherche les raisons et les buts de l'action, le pourquoi, le comment, les savoirs formalisés qu'il peut relier à l'action. Cette conceptualisation va lui permettre d'envisager différemment la quatrième étape de l'expérimentation active pour appliquer en situation ce qu'il a retenu des précédentes étapes et le cycle peut recommencer.

Comme le dit André Geay (Geay, L'école de l'alternance, 1999, p. 119) et comme nous le démontre le cycle de Kolb, l'expérience est nécessaire pour construire de la compétence mais elle ne suffit pas. La pratique n'est formatrice qu'à certaines conditions. Pour apprendre de l'expérience, cette dernière a besoin d'être réfléchie, analysée, conscientisée, mise en mots. L'auteur nous signifie également que ce travail réflexif nécessite « une médiation sociale » pour aider à la prise de conscience et construire l'expérience à partir du vécu de l'apprenant. Cette médiation peut être réalisée aussi bien par le formateur de l'IFSI que par le tuteur de terrain. L'étudiant travaille ici le transfert et la mobilisation de ses différents acquis, principe fondamental de la formation par alternance. Nous pouvons en déduire que l'étudiant en soins infirmiers apprend par et dans l'alternance.

Le travail d'analyse de pratique par le biais de l'explicitation permet la prise de conscience et par la même, la montée en compétence des étudiants infirmiers.

La compétence est un processus complexe : entre travail prescrit et travail réel, se situe l'intelligence au travail dont nous parle Philippe Zarifian dans sa définition citée plus avant. Dans l'exercice de sa profession, l'infirmier fonde ses décisions à partir de son raisonnement professionnel, il en est de sa responsabilité. A l'IFSI et en stage, les étudiants sont invités durant tout le cursus de leur formation à étudier, analyser des

situations cliniques et à décliner le déroulement de leur raisonnement qui les a amenés à telle conclusion ou jugement clinique ou bien à expliciter leurs actions de soins.

La méthodologie du raisonnement clinique est enseignée par les formateurs dès le premier semestre de formation. Nous étudierons de plus près le concept de raisonnement clinique dans le chapitre suivant.

2.3. Le raisonnement clinique

Il a fallu attendre le nouveau référentiel de formation centré sur l'approche compétence pour qu'apparaisse clairement formalisée la compétence clinique de l'infirmier. Non pas que cette compétence n'existait pas chez l'infirmier avant l'élaboration de cette nouvelle réforme, mais elle faisait partie de la formation de manière implicite, notamment dans de la démarche de soins, enseignée en France depuis 1979.

2.3.1. Quelques repères historiques de la profession

Catherine Dubois Fresney et Georgette Perrin nous permettent d'approcher l'évolution du métier d'infirmier en France. « le fondement et le sens des soins infirmiers reposent sur des valeurs humanistes » (Dubois Fresney & Perrin, 2009, p. 31), cette acception est toujours d'actualité aujourd'hui et annoncée dans la plupart des projets pédagogiques des IFSI. D'abord religieuse, la femme qui dispense des soins n'a pas de connaissances spécifiques. C'est le médecin qui détient le savoir. Au XVème siècle, la sœur exécute et s'occupe de besoins fondamentaux d'hygiène et d'alimentation mais du fait de son illettrisme, les tâches plus pointues sont exécutées par des élèves en chirurgie. Au XVIIIème siècle et XIXème siècle, la réforme de l'hôpital et les découvertes en médecine vont contribuer à élargir la notion de soins infirmiers. Florence Nightingale, infirmière anglaise, est une icône dans notre profession. Née le 12 mai 1820, elle démontre que « les soins ne relèvent pas de l'idéologie de la charité, ni de la philanthropie (Dubois Fresney & Perrin, 2009, p. 33), mais qu'ils sont basés sur des connaissances », elle s'intéresse à toutes les personnes y compris les bien portants mais également à l'environnement des malades. A partir de 1921, une infirmière américaine, Virginia Henderson commence à publier sa théorie de soins basée sur les quatorze besoins fondamentaux dans le but de personnaliser les soins. Selon elle, l'infirmière supplée les malades dans leurs activités quotidiennes (manger, dormir, respirer...) qu'ils ne sont plus en mesure d'assumer seuls. Ce modèle existe toujours et les quatorze besoins de Virginia Henderson constituent toujours une grille d'analyse de situation,

dans les IFSI et les écoles d'aides-soignants. Virginia Henderson prône la relation d'aide, la recherche en soins infirmiers et le rôle autonome de l'infirmier. D'autres théoriciennes anglo-saxonnes vont contribuer à faire évoluer la nature des soins infirmiers : Hildegarde Péplau avec sa théorie sur la relation soignant-soigné et le rôle de l'infirmière éducatrice de santé. Dorothee Orem défend l'autonomie du patient que l'infirmière doit maintenir : nous lui devons la formule « d'auto-soins ». Callista Roy va, quant à elle, s'attacher à un modèle où la personne doit trouver en permanence des stratégies pour s'adapter à son environnement, à sa maladie.

Ces différentes théories de soins sont abordées de façon plus détaillée en début de formation, en amont de la démarche clinique. Ils donnent à voir que l'infirmier s'attache non seulement à la maladie mais également à la santé, à l'Homme et à son environnement. La personne prise en soin n'est pas seulement un malade, c'est avant tout un être humain, une personne qui doit être considérée dans toutes ses dimensions : bio-psycho-socio-culturelle et spirituelle.

Nous parlons d'approche holistique, de vision systémique dans les soins infirmiers.

Le soin infirmier est avant tout une rencontre avec la personne soignée. Cette personne a une histoire, un contexte de vie, des habitudes, des valeurs, des croyances, une façon singulière de vivre sa maladie, autant d'éléments qu'il est nécessaire de considérer dans l'approche de la personne à soigner, à accompagner.

D'un statut d'auxiliaire médical, exécutant les ordres du médecin, l'infirmier est passé à un statut de professionnel diplômé ayant une autonomie, dans la reconnaissance du rôle propre qui date de la loi du 31 mai 1978 :

« Est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers, sur prescription médicale ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu (...) ». (Dubois Fresney & Perrin, 2009, p. 42)

Cette nouvelle définition offre à l'infirmière une fonction à trois dimensions : une fonction indépendante contribuant à la santé des personnes dans son champ de compétence, une fonction dépendante lorsqu'elle agit sur prescription du médecin et une fonction interdépendante puisqu'amenée à travailler avec d'autres professionnels.

Le décret n°84-689 du 17 juillet 1984, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précise dans son article premier que les soins infirmiers ont pour objet entre autres « de concourir aux méthodes et à l'établissement du diagnostic ; les soins infirmiers sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte des données physiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles de la personne soignée ». Les dimensions relationnelles et éducatives du soin infirmier sont alors reconnues et spécifiées.

D'autres décrets (1981, 1984, 1993, 2002) (Dubois Fresney & Perrin, 2009, p. 74) suivront, redonnant une définition à chaque fois plus précise des soins infirmiers. Ils préciseront la description du rôle propre et les soins correspondants, les soins nécessitant une prescription médicale et ceux pour lesquels un médecin doit être présent, susceptible d'intervenir en cas de nécessité.

Ce bref rappel historique nous donne à voir les différentes dimensions du soin dans lesquelles va s'exercer la démarche clinique de l'infirmier mais aussi l'évolution de la profession dans un champ élargi de responsabilité.

Aujourd'hui, parmi les dix compétences citées dans le référentiel de formation infirmier de 2009, figure en première position une compétence cœur de métier intitulée : « Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ». Elle est nommée compétence une. La compétence deux correspond à l'élaboration du projet de soins, c'est à dire la mise en place des interventions de soins découlant du jugement clinique infirmier. Ce qui nous amène à aborder maintenant les démarches infirmières qui sous-tendent ces deux compétences spécifiques à savoir la démarche clinique et la démarche de soins.

2.3.2. La démarche clinique et la démarche de soins

Selon Thérèse Psiuk¹⁴, les infirmiers utilisent dans leur travail au quotidien un double processus : la démarche clinique et la démarche de soins. La démarche clinique précède la démarche de soins. La personne ou bénéficiaire de soins se trouve au centre de cette démarche infirmière. La personne est considérée aujourd'hui comme un partenaire dans sa prise en charge.

¹⁴ Thérèse Psiuk est Directeur Pédagogique d'un organisme de formation pour les professionnels de santé. Elle a une carrière dans le domaine de la santé depuis plus de 40 ans, en tant qu'infirmière, formatrice en IFSI puis directeur d'IFSI. Elle a participé au groupe de rédaction du nouveau référentiel infirmier en tant que personne qualifiée sur le raisonnement clinique.

Pour Thérèse Psiuk , la démarche clinique est en lien avec la problématisation. Elle la définit comme « le processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne, mais également des capacités, en considérant que pour la personne âgée, il convient de relativiser les problèmes avec le vieillissement physiologique ». (Psiuk, 2012, p. 25)

Mais que signifie « problématiser » ? Pour M. Fabre, « un problème est posé quand il est perçu et pris en charge par un sujet. Mais faut-il encore le construire, c'est à dire réunir les données et les conditions, puis le résoudre en testant des hypothèses de solutions. » (Fabre, 2005). Cela demande donc à l'étudiant infirmier ou à l'infirmier de réagir face à certains indices, de construire le problème à partir d'informations, des faits qu'il va questionner en formulant des hypothèses tout en croisant les données du contexte de la personne dans la situation. L'étudiant ou l'infirmier entre donc dans un processus de problématisation à partir de l'observation fine du patient, d'indices qu'il perçoit.

Thérèse Psiuk définit la démarche de soins comme « Processus d'adaptation du soin à la personne. Elle est à la fois l'adaptation d'un soin aussi bien prescrit par le médecin que prescrit par l'infirmière et la stratégie globale des soins pour une personne. »

Pour cette auteure, la démarche de soins se situe au niveau de la résolution de problème, afin d'adapter au mieux les soins prodigués aux personnes, de personnaliser le projet de soins.

La distinction entre les deux démarches est importante dans l'apprentissage pour que les étudiants ne shuntent pas la phase de problématisation. Pour agir pertinemment, l'infirmier doit avoir identifié le problème de santé de la personne et mesuré son niveau de gravité.

Le raisonnement clinique est abordé aujourd'hui dans la formation dans l'unité d'enseignement spécifique intitulée « Raisonnement et démarche clinique infirmière ». C'est la première fois que ce concept apparaît aussi nettement dans la formation en soins infirmiers. Nous ne pouvons que nous réjouir dans la reconnaissance de la compétence clinique de l'infirmier au travers de celui-ci. Deux étapes essentielles marquent cette compétence. Comme le stipule Thérèse Psiuk (Psiuk, 2012), la première étape d'évaluation requiert la mobilisation de ressources prioritaires qui sont :

Les connaissances en sciences médicales et en sciences humaines

La méthodologie du raisonnement clinique
La maîtrise des niveaux de jugement clinique
Les attitudes de la relation d'aide

La seconde étape, celle du diagnostic, fait appel aux mêmes ressources mais s'y ajoutent la capacité de décision et d'argumentation.

Les principaux savoirs en sciences médicales et en sciences humaines ainsi que la relation d'aide font l'objet d'enseignement à l'IFSI et correspondent, comme nous l'avons vu dans la partie contextuelle à des unités d'enseignements spécifiques. Ces cours sont donnés par des médecins et différents intervenants experts dans leur domaine tels que des infirmiers en psychiatrie par exemple. Les sciences humaines et les soins relationnels tiennent une place importante et marquent la conception humaniste du soin infirmier entrevue ci-dessus.

« La maladie, quelle qu'elle soit, ne sera pas vécue de la même façon pour chacun car elle s'inscrit dans une situation de vie unique animée par un désir de vivre, lui aussi unique. C'est que la maladie a beau être objectivée dans le corps que l'on a, elle ne touche en fin de compte que le corps que l'on est. » (Hesbeen, 2009, p. 24)

Les études de situation simulées à l'IFSI et les analyses de démarches cliniques réalisées par les étudiants en stage sont des exercices d'entraînement au raisonnement clinique. Les études de situations réelles, comme nous l'avons vu plus avant, sont préférables et plus riches. Elles font davantage sens aux étudiants qui ont soigné la personne, échangé avec elle, éprouvé la situation « en vraie grandeur ».

Mais essayons de préciser ce que recouvre le raisonnement clinique.

2.3.3. *Le raisonnement clinique*

Françoise Raynal et Alain Rieunier définissent le raisonnement comme « l'activité mentale permettant de produire par inférence des informations nouvelles à partir d'informations qui ne la contiennent pas explicitement, ou qui a pour but d'évaluer la qualité d'une proposition ou d'une argumentation. » (Raynal & Rieunier, 2009, p. 387)

Nous saisissons à partir de cette définition la notion de logique mais ces auteurs soulignent que les règles qui ont conduit au raisonnement ne correspondent pas

nécessairement aux critères de la logique classique. Des conclusions peuvent donc être erronées du fait de biais, de règles ne coïncidant pas avec la logique. Ces auteurs avancent plus loin que l'on raisonne mieux à partir de ce qui nous est familier, à partir des représentations antérieures. Dans les situations familières, concrètes, la possibilité d'inférences est suffisamment conséquente pour aboutir à de meilleures conclusions. Cette définition nous rappelle que l'on apprend à partir de conceptions, de représentations antérieures que nous transformons.

L'adjectif clinique, vient du grec « klinicos » et signifie « qui concerne le malade au lit ; qui se fait au chevet du malade ». (Rey & Rey-Debove, Dictionnaire "Le Petit Robert", 1984)

Les différents professionnels de santé qui gravitent autour du patient vont exercer leur raisonnement clinique dans le champ de leurs compétences et à leur niveau de responsabilité spécifique. Le médecin a pour but de cerner la maladie, de poser un diagnostic, de prescrire les examens complémentaires et les traitements adaptés à la pathologie du patient.

L'infirmier, comme le définit sa profession, évalue l'état de santé des personnes et analyse les situations de soins. Ce dernier élabore des projets de soins personnalisés et les planifie. Il met en œuvre les traitements et évalue ses différentes actions. Il travaille en collaboration au sein d'une équipe et de manière autonome dans le cadre réglementaire de son exercice.

Le patient est au centre du projet de soins et l'interdisciplinarité est essentielle pour garantir la qualité de sa prise en charge.

« Chacun de ces professionnels est concerné dans sa discipline par le diagnostic médical, les complications et les réactions comportementales et/ou physiologiques de la personne soignée » (Marchal & Psiuk, 2010, p. 24)

L'infirmier ne pose jamais de diagnostic médical, ce n'est pas son rôle, il n'est pas médecin. Cependant, il raisonne cliniquement pour poser des actes responsables et prendre des décisions mesurées et réfléchies.

Le nouveau référentiel de 2009 stipule :

« Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées ».

L'apprentissage du raisonnement clinique fait aujourd'hui partie intégrante de la formation. Qu'entend-on exactement par l'expression : raisonnement clinique ?

2.3.3.1. Définitions

Selon J. Higgs et M. Jones :

« le raisonnement clinique est le processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé » (Higgs & Jones, 2000).

Ces auteurs parlent de processus qui indiquent « un ensemble de phénomènes se passant dans le même ordre » (Rey A. , 2012, p. 2808)

Thérèse Psiuk en donne la définition suivante :

« Une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et les symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable.» (Psiuk, 2012, p. 18)

Dans cette définition, l'auteure décline les différentes actions et étapes qui constituent pour elle, la démarche du raisonnement clinique.

2.3.3.2. Le raisonnement clinique et processus de raisonnement

On peut retrouver le terme de résolution de problème clinique pour désigner le raisonnement clinique. Nendaz, Charlin, Leblanc et Bordage¹⁵ abordent une approche descriptive du raisonnement clinique basée sur des éléments de psychologie cognitive permettant d'entrevoir les processus que les cliniciens utilisent.

D'après ces auteurs, le processus du raisonnement clinique peut être analytique ou non. Le processus hypothético déductif est un processus analytique omniprésent chez les cliniciens. Des résultats d'études menées par des chercheurs de l'état du Michigan réalisées en 1978 (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005, p. 236) ont permis de

¹⁵ Nendaz, Charlin, Leblanc et Bordage, spécialistes de la recherche en pédagogie médicale

mettre en lumière ce processus. Des enregistrements de raisonnement clinique à voix haute ont été comparés entre cliniciens, experts et novices, les études ont démontré que dès le contact avec le patient, le clinicien formule mentalement des hypothèses diagnostiques ou « solutions entrevues au problème posé ».

Les premières hypothèses servent de socle à la recherche de données pertinentes. Dans ce processus, dès lors qu'une hypothèse est envisagée, il y a activation d'un réseau de connaissances associant les hypothèses et leurs signes cliniques avec l'état clinique du patient. Certaines seront retenues d'autres éliminées. Ainsi, le processus hypothético-déductif est en marche jusqu'au diagnostic final le plus probable.

Les auteurs de ces études ont noté que le « processus de génération précoce d'hypothèses est irrépressible » (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005, p. 236), même lorsqu'on essaie de l'interdire, et qu'il conditionne la qualité du diagnostic. Le nombre limité d'hypothèses permet également de mieux structurer le problème de santé. Cette démarche analytique consciente va « de la solution entrevue aux données » (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005, p. 237) donc du général au particulier. C'est une démarche déductive encore appelée chaînage arrière ou « backward reasoning ».

L'autre cheminement peut se faire dans le sens inverse : des données cliniques du patient vers le diagnostic. Si certains pensent que ce processus semble concerner les experts, d'autres pensent que ce processus est directement lié à la complexité clinique, lorsque que l'hypothèse de départ n'est pas perçue.

Les processus non analytiques inconscients et automatiques « de similarité » sont basés sur des expériences stockées en mémoire. Le clinicien identifie des « configurations caractéristiques de signes ou pattern recognition » (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005, p. 238) ou bien une analogie avec des cas qu'il a rencontrés antérieurement. Le clinicien va comparer la situation clinique et l'associe à un diagnostic particulier. Il s'agit d'un « repérage en mémoire » dans un énorme répertoire de cas concrets. Ce processus se développe au fur et à mesure de l'expérience du clinicien et est utilisé dans les situations familières et relativement simples. Les auteurs alertent sur l'utilisation exclusive de ce processus pouvant être source d'erreurs, la prise en compte du contexte du patient étant absente.

En revanche, les auteurs signifient que la réactivation en mémoire d'éléments analogues doit précéder et enrichir le processus hypothético-déductif. Chercher et investiguer sont complémentaires. Ils parlent alors « de processus mixte » dans lequel ces deux processus s'influencent réciproquement et signalent que leur coexistence favorise une meilleure qualité de diagnostic. Ceci a été démontré par une étude effectuée par Kalatunga-Moruzi C, Brooks LR et Norman GR¹⁶ (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005, p. 239).

Thérèse Psiuk précise que, dans leur raisonnement clinique, les infirmiers utilisent également le processus hypothético-déductif et le processus non analytique par similarité. Pour ce dernier, elle parle de « raisonnement par anticipation » lorsque l'infirmier reconnaît d'emblée un problème de santé à l'évocation d'indices, de signes, ou d'éléments présents dans la macro cible, synthèse d'entrée du patient par exemple.

L'ensemble de ces auteurs sont d'accord pour dire que le processus du raisonnement ne suffit pas pour raisonner cliniquement. Le recueil de données tient une place importante.

2.3.3.3. Le recueil de données

Il est réalisé par l'infirmier à partir des informations contenues dans le dossier, les transmissions orales et écrites relatives au patient mais aussi et surtout par l'entretien et l'examen clinique auprès du patient. Ces deux dernières activités demandent des capacités d'observation, d'écoute active et de relation. Nous retrouvons ces termes dans la définition du raisonnement clinique de Thérèse Psiuk. A partir d'un ou plusieurs indices, d'un signe ou d'un symptôme, l'infirmier déclenche son processus de raisonnement en amorçant son questionnement. Tel un enquêteur, l'étudiant en soins infirmiers part à la recherche de nouveaux éléments pour arriver à des hypothèses plus solides, éliminant au fur à mesure celles qui ne sont pas pertinentes dans la situation singulière. L'étudiant infirmier raisonne à partir de la clinique.

Thérèse Psiuk (Psiuk, 2012) évoque « l'intuition perceptive » développée par les professionnels de santé au fur et à mesure de leurs expériences professionnelles. Repérer un indice demande d'être à l'écoute de ses sens pour percevoir ce qu'il se passe chez la personne soignée. La perception naît des quatre sens que sont l'ouïe, la vue, le toucher et l'odorat. En psychologie, la perception se définit « comme une fonction par

¹⁶ Kalatunga-Moruzi C, Brooks LR et Norman GR, chercheurs et spécialistes en dermatologie

laquelle l'esprit se représente les objets » (Rey & Rey-Debove, Dictionnaire "Le Petit Robert", 1984, p. 1398)

Ainsi, chez un patient, l'infirmier va pouvoir, par exemple, reconnaître la jambe glacée au toucher et la pâleur de celle-ci en touchant la peau et l'associer à un défaut de circulation sanguine du membre inférieur. Pour percevoir, l'infirmier doit être attentionné au patient et ses différents sens en éveil.

L'intuition, dans le sens courant, traduit « un sentiment plus ou moins précis de ce qu'on ne peut vérifier, de ce qui n'existe pas encore » (Rey & Rey-Debove, 1984, p. 1027). Chez l'infirmière expérimentée, cette intuition se développe et nous amène à penser que celle-ci affine son raisonnement en aiguisant ses sens et sa capacité à discerner au gré des multiples situations rencontrées lors de son activité.

Les différents savoirs produits par son expérience, corrélés à des connaissances théoriques actualisées permettent à l'infirmier ou à l'étudiant infirmier de développer cette compétence clinique. Mais à partir de quelles connaissances l'étudiant en soins infirmiers se réfèrent-ils pour raisonner dans l'étude des situations cliniques ?

2.3.3.4. Le modèle trifocal

Thérèse Psiuk propose un modèle, un cadre de références sur lequel l'étudiant peut s'appuyer pour développer cette compétence. Elle le nomme « le modèle trifocal ».

Il fait suite au modèle bifocal de la démarche de soins initiée par Lynda Carpenito. Ce modèle partait des problèmes de santé du patient avec d'une part les problèmes relevant du rôle propre de l'infirmière et d'autre part les problèmes de santé relevant du rôle infirmier en collaboration. Aujourd'hui, ce modèle nous paraît désuet. Le temps du cloisonnement entre infirmiers et médecins nous semble dépassé dans la prise en charge globale qui appelle à l'interdisciplinarité. Notre expérience de terrain nous permet d'évoquer qu'en pratique, les problèmes de santé du patient concernent l'ensemble des professionnels qui sont amenés à lui prodiguer des soins, chacun respectant le domaine de compétences de l'autre, comme le stipule T. Psiuk. L'infirmière émet mentalement des hypothèses de diagnostic médical sans le poser mais réagit en alertant le médecin et en lui spécifiant dans un langage professionnel commun, les signes et symptômes qu'elle a pu observer auprès du patient. Elle surveille le patient dans l'évolution de sa maladie et l'efficacité des traitements. Elle utilise ses différentes ressources pour agir dans son domaine de compétences.

Le modèle trifocal permet « une vision holistique de la situation clinique » (Psiuk, 2012, p. 63). Il permet à l'étudiant en soins infirmiers de se repérer, de se questionner dans les trois domaines concernés par le raisonnement clinique infirmier.

Thérèse Psiuk décrit les niveaux de jugement clinique de la façon suivante (Psiuk, 2012, p. 66)

| Premier domaine clinique | Deuxième domaine clinique | Troisième domaine clinique |
|--|--|--|
| <i>Signes et symptômes de la pathologie</i> | <i>Risques</i> | <i>Réactions aux problèmes de santé</i> |
| Les hypothèses de maladie | Les complications potentielles liées à la pathologie et aux effets secondaires des traitements | Les réactions humaines réelles physiques et psychologiques |
| Les caractéristiques précises des signes et des symptômes de la pathologie | Les risques de réactions humaines physiques et psychologiques | Les signes mineurs et les signes majeurs |
| Les prescriptions médicales | Le signal d'alarme précoce | Les facteurs favorisants et les facteurs renforçants |
| L'urgence | Le réflexe du risque élevé | Les capacités du patient et de sa famille |

L'apprentissage du raisonnement clinique à partir de ce modèle aide l'étudiant à se représenter les différents domaines de raisonnement du professionnel infirmier. Il l'oriente dans les différents savoirs qui vont contribuer à explorer les premières hypothèses qu'il aura formulées. L'étudiant peut organiser ses connaissances en mémoire à partir de ce modèle. Dans l'analyse de situation clinique, il chemine dans sa réflexion pour finalement aboutir à des conclusions argumentées constituant son jugement clinique. La décision des interventions de soins est basée sur ce jugement clinique éclairé. Certaines décisions sont à prendre en urgence et l'infirmier affine son

raisonnement clinique au fur et à mesure des situations cliniques rencontrées et analysées. S'exercer à générer des hypothèses précoces, à identifier des problèmes de santé réels et potentiels nous semble capital dès le début de la formation initiale.

2.3.3.5. Ateliers de raisonnement clinique

Les études de situations cliniques s'inscrivent dans les unités d'intégration de chaque semestre. L'étudiant affirme sa compétence clinique tout au long de son cursus et à fortiori en stage au contact des patients et avec l'aide des différents professionnels.

D'après l'étude de M. Nendaz, B. Charlin, V. Leblanc et G. Bordage, il n'existe pas une seule stratégie pour enseigner le raisonnement clinique. J.P. Kassirer propose « d'enseigner aux étudiants les modalités de raisonnement telles que les pratiquent les cliniciens expérimentés » (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005, p. 247). La génération précoce d'hypothèses et le recueil de données orienté constituent les principaux buts d'exercices simulés.

Les modalités de cet apprentissage reposent sur les interactions entre étudiants en groupes restreints encadrés par un formateur ou un infirmier expert. Dans cet exercice, le formateur a un rôle de médiateur. L'étudiant, quant à lui, doit mobiliser ses ressources, argumenter sa recherche et identifier les savoirs qui lui manquent. La connaissance des différentes étapes du processus hypothético-déductif guide l'étudiant dans sa démarche d'analyse. Ainsi, il progresse dans l'affirmation de ses conclusions cliniques pour agir au plus près du problème en présence, affûtant progressivement son raisonnement clinique. Thérèse Psiuk parle de « haut raisonnement » et de « bas raisonnement » cliniques. Le bas raisonnement est un jugement clinique hâtif, erroné bien souvent où des éléments, des liens font défaut dans la situation singulière du patient.

Martine Chamberland¹⁷ propose également des ateliers en petits groupes où un étudiant va présenter succinctement la situation d'un patient qu'il a lui-même analysée au préalable. Les autres étudiants vont tenter de poser leur jugement diagnostique en interrogeant les différents éléments en présence. L'étudiant qui pose une question doit décliner l'argumentation de son hypothèse et développer l'idée qui se cache derrière sa

¹⁷ Martine Chamberland est Directrice du Centre de Pédagogie en Sciences de la Santé attaché à la faculté de médecine de Sherbrooke au Québec.

question. Nous reconnaissons ici l'apprentissage vivant et actif correspondant au cadre de référence du socioconstructivisme, apprentissage par les échanges entre pairs, facilitant l'acquisition de nouvelles connaissances. L'enseignant clinicien intervient pour faire préciser les différentes interprétations issues de la découverte des étudiants et pose des questions telles que : « Pourquoi posez-vous cette question ? ou encore « Qu'espérez-vous apprendre de la réponse ? »

Cette auteure préconise également le jugement clinique à voix haute qui entraîne à l'explicitation du raisonnement clinique et la « validation par les pairs étudiants et par un enseignant clinicien » (Nendaz, Charlin, Leblanc, & Bordage, 2005, p. 247).

Ces différentes démarches d'investigation requièrent une démarche active et la mobilisation des ressources de la part de l'étudiant. L'apprentissage du raisonnement clinique le positionne en acteur de son apprentissage dans la mesure où il doit chercher des réponses à ses questions pour donner du sens à ses futures actions de soins et s'exercer à prendre des décisions éclairées. Cette quête du sens nous semble primordiale : elle est en lien direct avec la responsabilité professionnelle et l'autonomie conférée à l'exercice de la profession d'infirmier. Les situations de soins sont souvent complexes et la part d'inattendu dans ce métier de l'humain est présente au quotidien. Cette quête de réponses suscite la réflexion et développe la capacité d'analyse sachant que l'erreur est possible. De nombreuses pistes peuvent être envisagées et l'étudiant en recherche d'hypothèses ouvre son champ de lecture de la situation et développe son esprit critique.

2.3.3.6. Raisonnement clinique et développement de la pensée critique

Jacques Boisvert (Boisvert, 1999, p. 3) nous suggère d'appréhender la pensée critique selon trois aspects complémentaires :

- La pensée critique comme stratégie de pensée qui se constitue d'ensembles d'opérations coordonnées. Elle se situe parmi des habiletés de pensée où nous retrouvons les habiletés dites « de base » nécessaires au traitement de l'information, les inférences et l'analyse par exemple et les habiletés métacognitives où le sujet va orienter ses habiletés de pensée en fonction des opérations qu'il aura lui-même menées sur ses processus de pensée.
- La pensée critique comme investigation est définie par Kurfiss comme

« Une investigation dont le but est d'explorer une situation, un phénomène, une question ou un problème afin d'en arriver à formuler une hypothèse ou une conclusion qui intègre toute l'information disponible et qui peut alors se démontrer convaincante » (Boisvert, 1999, p. 4).

- La pensée critique comme un processus dont les étapes sont décrites différemment selon les auteurs mais où tous se rejoignent sur la dimension active du sujet devant résoudre un problème, une dissonance. Pour trouver une réponse à son interrogation, l'étudiant ou l'infirmier adopte certaines attitudes comme « l'ouverture d'esprit ou l'honnêteté intellectuelle » et mobilise « ses capacités de raisonnement et d'investigation logique » (Boisvert, 1999, p. 4).

Aborder la pensée critique, c'est aussi aborder la complexité et en quelque sorte l'apprivoiser. J. Boisvert qualifie le penseur critique comme une personne qui « tolère l'ambiguïté », « s'autocritique », « réfléchit et fait une recherche si nécessaire » (Boisvert, 1999, p. 6). L'étudiant en soins infirmiers s'immerge dans le monde de la santé aujourd'hui jalonné de recommandations de bonnes pratiques, de règles de déontologie, de procédures standardisées mais aussi de contraintes de temps, de contraintes économiques et d'organisation du travail qui en découlent. Tous ces éléments en présence peuvent parfois lui paraître dissonants. Le questionnement permet de trouver des repères et invite à faire évoluer ses représentations tout en sachant que tout peut changer d'un moment à l'autre dans une situation donnée. La part d'inconfort liée à cette forme d'instabilité est légitime mais favorise également la créativité et la flexibilité de pensée. La profession d'infirmier oscille entre rigueur et souplesse. L'adaptation du soin est à inventer et rejoint la notion d'intelligence pratique dont parle Philippe Zarifian. Celle-ci invite à envisager l'activité soignante dans un ensemble aux couleurs mélangées mais toujours centrée sur la personne prise en soins, dans son contexte de vie et avec les ressources à disposition. L'exécution stéréotypée et l'application aveugle de protocoles, de plans de soins type vont à l'encontre de la pratique dite professionnelle parce que dénuée de pensée. L'autonomie professionnelle des infirmiers est à préserver et les étudiants sont les infirmiers de demain.

Des conceptions de la pensée critique en éducation ont été décrites par cinq auteurs :

R. Ennis, M. Lipman, J.E. Mc Peck, R.W. Paul et H. Siegel. Trois dénominateurs communs sont relevés par J. Boisvert :

- « La pensée critique fait appel à plusieurs habiletés de pensée.
- Elle requiert de l'information et des connaissances pour se manifester.
- Elle implique une dimension affective. » (Boisvert, 1999, p. 10)

En 1985, Robert H. Ennis donne cette définition de la pensée critique largement reconnue par ses pairs : « une pensée raisonnable et réflexive orientée vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire » (Boisvert, 1999, p. 12). Il décrit des capacités et des attitudes propres à la pensée critique. Parmi celles-ci, nous relevons « la concentration sur une question », ou encore « l'élaboration et l'appréciation de déductions » ou bien encore « l'interaction avec les autres personnes, en présentant une argumentation orale ou écrite » (Boisvert, 1999, p. 14). La connaissance de ces capacités et attitudes nous donnent à voir des pistes pour le formateur dans l'accompagnement des étudiants. Elle permet d'identifier et de préciser les différents éléments qui participent au développement de la pensée critique. L'apprentissage entre pairs et l'expression de la pensée facilitée nous renvoient aux modalités des ateliers de raisonnement clinique décrites plus haut par Martine Chamberland.

Robert H. Ennis décrit également quatorze attitudes caractéristiques dont « l'expression d'une ouverture d'esprit », et « l'adoption d'une démarche coordonnée lorsqu'on traite des parties d'un ensemble complexe » (Boisvert, 1999, p. 15). Ces attitudes nous semblent correspondre à ce que le formateur peut demander de façon prégnante à un étudiant en soins infirmiers dans les études de situations cliniques en vue de l'exercice de son futur métier mais aussi dans l'analyse de pratiques. Si celle-ci fait appel à la posture réflexive de l'étudiant, le développement de la pensée critique nous paraît utile pour interroger la tension, la dissonance que peut ressentir l'étudiant entre la théorie et la pratique dans ce système de formation en alternance. Le développement de la pensée critique invite et autorise l'étudiant à élargir son autonomie de pensée, participe à sa montée en compétences et à son développement personnel. Elle permet de mieux s'adapter dans un monde du travail où efficacité et performance peuvent faire oublier le sens des intentions soignantes. Elle permet de faire des choix éclairés dans une profession caractérisée par la prise de décision et la réactivité. L'infirmier que l'étudiant va devenir, peut être force de propositions et faire preuve de créativité. C'est ainsi qu'il pourra s'épanouir en exprimant, enrichi de ses expériences, son art dans l'exercice de sa profession.

Il nous paraît aussi important de souligner que la posture du formateur dans l'accompagnement des étudiants doit être en adéquation avec les différents éléments évoqués pour entrer en résonnance avec l'étudiant. Le formateur est invité lui aussi à développer sa pensée critique, à considérer avec attention le processus de raisonnement de l'étudiant, à ne pas tomber dans le piège de censurer la pensée de ce dernier. Son rôle est de « développer l'esprit critique de manière à favoriser le questionnement et la distanciation à ce qui est établi » (Boisvert, 1999, p. 11).

Inviter l'étudiant à exprimer sa pensée demande humilité, ouverture d'esprit et bienveillance de la part du formateur ou du tuteur qui accepte d'être contredit. C'est également reconnaître que chacun peut se tromper et pour le formateur ou le tuteur, il s'agit de considérer l'étudiant dans toutes ses potentialités présentes et à venir.

3. De la question de départ à la problématique

L'étude de ces différents concepts nous éclaire sur le savoir apprendre de l'étudiant infirmier dans un système de formation en alternance. L'apprentissage clinique et théorique s'effectue autour des trois piliers « comprendre, agir, transférer » décrits dans le référentiel basé sur le développement des compétences. Au fil des trois années, l'étudiant développe son agir professionnel en recontextualisant ce qu'il a préalablement décontextualisé au gré des situations d'apprentissage rencontrées. Ainsi, il conceptualise. Il élabore et transforme ses schèmes opératoires et grandit en compétences. Il adapte sa pratique en transformant ce qu'il a vécu en expériences riches d'enseignement par la posture réflexive qu'il adopte progressivement.

Apprendre dans un tel système induit la production de savoirs et de savoirs faire par l'étudiant. Apprendre ne se fait pas de façon linéaire et la boucle cognitive réussir-comprendre et comprendre-réussir doit fonctionner dans les deux sens dans ce système en alternance. Articuler la théorie et la pratique est un gage de réussite dans la formation qui nous intéresse. Aussi, une démarche active et une part conséquente d'autonomie sont requises de la part de l'étudiant pour devenir un professionnel infirmier.

L'apprentissage du raisonnement clinique positionne l'étudiant en situation de chercheur, mobilisant et produisant des savoirs. Cet apprentissage appelle sa curiosité et lui permet de développer sa pensée critique. Nous émettons l'hypothèse que

l'acquisition du processus de raisonnement clinique par le réflexe de questionnement et la quête de sens qu'elle induit peut aider l'étudiant à mieux appréhender l'articulation théorie-pratique dans ce système de formation en alternance.

4. Enquête de terrain

4.1. Méthodologie de l'enquête

Afin de vérifier notre hypothèse, nous allons investiguer à partir d'entretiens avec un étudiant en soins infirmier et un formateur de l'IFSI.

En effet, nous souhaitons étudier l'incidence de l'apprentissage du raisonnement clinique sur le savoir apprendre en alternance. Plus précisément, l'apprentissage du raisonnement clinique favorise-t-il l'articulation des rapports au savoir qu'induit cette formation en alternance ?

Madeleine Grawitz définit l'entretien comme « un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé ». (Grawitz, 2001, p. 644) d

Le choix de l'entretien ou interview nous semble adapté pour interroger les pratiques des acteurs concernés par l'objet de notre étude. Si l'entretien oral permet d'échanger, son enregistrement suivi d'une transcription fidèle peut faire l'objet d'une analyse de contenu. Nous retenons la technique de l'entretien semi-directif qui donne un degré de liberté d'expression à l'interviewé.

« Comme son nom l'indique, l'entretien semi-directif introduit un niveau intermédiaire entre l'attitude non directive qui donne priorité à la liberté, l'autonomie, l'expression de l'interlocuteur et l'attitude directive qui vise à obtenir des réponses à une série de questions dont l'ordre et la formulation sont conçues par anticipation. » (Guibert & Jumel, 1997, p. 102)

Dans ces entretiens semi-directifs, nous retrouvons des moments d'explicitation encourageant la description détaillée de l'action pour faire préciser la pensée.

4.1.1. Le choix de la population étudiée

Pour étudier l'impact de l'apprentissage du raisonnement clinique sur le savoir apprendre dans la formation en alternance, nous avons interviewé:

- d'une part, un étudiant pour recueillir l'avis de l'apprenant,
- d'autre part, un formateur pour obtenir la vision de celui qui dispense la méthodologie et accompagne les étudiants dans l'apprentissage du raisonnement clinique

Enquêter sur les perceptions des deux versants de l'apprentissage: formé et formateur s'imposait à nous.

Nos critères de choix pour sélectionner les interviewées ont porté sur :

Pour l'étudiant :

- En fin de cursus pour la prise de recul par rapport à la formation.
- Issu d'une promotion dans laquelle nous n'intervenons que ponctuellement pour des cours magistraux pour garantir une certaine objectivité
- Issu de la première promotion ayant étudié le raisonnement clinique énoncé dans le nouveau référentiel
- Appartenant à une promotion pour laquelle le formateur interviewé conduit des séquences de travaux dirigés d'étude de situations cliniques.

Pour le formateur :

Un formateur nouvellement recruté dans notre IFSI et que nous ne connaissons pas.

- Il nous intéressait de recueillir son point de vue au regard de son expérience pédagogique supérieure à dix ans auprès d'étudiants en soins infirmiers dans un autre établissement.
- Le fait que nous nous connaissions très peu nous a semblé propice à conserver une certaine neutralité dans ce travail de recherche.

Sur ces critères nous avons retenu un étudiant de troisième année et un formateur de la promotion 2010-2013.

4.1.2. Élaboration d'un guide d'entretien

Afin d'élaborer notre guide d'entretien, nous avons dans un premier temps, recensé le plus grand nombre de questions possibles afin d'avoir une vision élargie du sujet qui nous intéresse. Puis, pour respecter le cadre d'un entretien semi-directif, nous les avons

regroupées par items et retravaillées pour cibler l'objet de l'étude. Enfin, pour vérifier l'hypothèse de notre recherche, nous avons retenu des questions axées sur :

- L'articulation entre la théorie et la pratique dans la formation en alternance
- L'apprentissage du raisonnement clinique
- La contribution du raisonnement clinique à la formation en alternance par la mobilisation des connaissances de l'étudiant et sa part d'autonomie dans la production de savoir.

Le guide d'entretien est inséré dans les annexes.(p

4.1.3. Méthodologie de la conduite d'entretien

4.1.3.1. Le choix du lieu et de l'heure

Nous avons planifié nos entretiens selon les disponibilités respectives des interviewées dans les locaux de l'IFSI pour des commodités organisationnelles pour chacun.

En amont, nous avons réfléchi aux conditions nécessaires pour mener à bien cet entretien. Il s'agissait de prendre en compte les notions de disponibilités de lieu et de temps mais aussi et surtout de créer un espace favorable à l'échange. Pour cela nous avons donc réservé une petite salle et aménagé l'espace pour créer une atmosphère conviviale.

Pour l'étudiant :

- L'entretien n'a pu avoir lieu comme prévu. En effet, à l'heure dite, nous avons attendu l'étudiant qui, en raison d'un contretemps n'a pu venir à ce rendez-vous. Cette situation a généré, chez nous, une certaine inquiétude compte tenu des contraintes de l'agenda de l'étudiant et des échéances des travaux de recherche. La faisabilité de cet entretien semblait compromise.

Finalement, cet entretien s'est déroulé, la semaine suivante dans un petit bureau en toute tranquillité.

Pour le formateur :

- L'entretien a été réalisé selon les modalités initialement prévues.

En préambule de l'entretien, nous avons présenté aux interviewés le contexte de notre travail de recherche.

4.1.3.2. Le statut de l'interviewer

Nous nous sommes interrogée sur l'incidence de notre statut de formateur sur la libre expression des personnes interviewées.

« L'entretien est avant tout une situation d'interaction entre deux personnes où il va y avoir échange, production d'un discours avec un certain nombre d'inconnues (et donc de risques) inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire et non pas simplement d'un prélèvement d'information. » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 68).

- Dans l'échange formé/formateur : La relation formé/formateur est susceptible de modifier le discours de l'étudiant notamment dans un souci de réponse à « l'attente du formateur ».
- Dans l'échange formateur/formateur : Si la notion de parité peut faciliter l'échange par un langage professionnel commun, elle peut induire un biais par une recherche d'assentiment par l'interviewé.

Toute communication est soumise aux filtres de l'émetteur et du récepteur : comme nous le rappelle Madeleine Grawitz:

« Nous avons aussi nos habitudes de « tri », nous interprétons ce que nous entendons par rapport à nos cadres de pensée, nous évaluons les paroles prononcées, en fonction de l'image que nous nous faisons de celui qui les prononce. » (Grawitz, 2001, p. 658)

4.1.3.3. Les stratégies de l'entretien

En référence à Blanchet et Gotman, pour amener les personnes interviewées à préciser leur point de vue, nous avons utilisé : la réitération (reformulation de la part de l'intervieweur), la déclaration (énoncé du point de vue de l'enquêteur sur le discours produit) et l'interrogation. Deux registres d'intervention sont également distingués par ces auteurs à savoir : « le registre référentiel, défini par l'objet dont on parle et le registre modal, défini par la position de l'interviewé par rapport à cette référence. » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 80)

4.1.3.4. La retranscription des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits y compris les silences, les hésitations, les rires. Nous avons attribué des prénoms fictifs asexués aux interviewés.

Nous précisons que l'étudiant se prénomme Camille et le formateur Dominique. Pour permettre au lecteur une aisance de repérage et une meilleure lisibilité de l'ensemble :

- Chaque ligne des entretiens a été numérotée.
- Les interventions de l'interviewer sont indiquées en caractères gras.

Pour retranscrire plus fidèlement l'expression des interviewés :

- Les mots prononcés avec insistance sont soulignés et inscrits en caractère gras
- Les syllabes volontairement séparées par des tirets marquent le rythme martelé de prononciation du mot.

Les interactions ont été codées. Les minuscules « c » ou « d » indiquent les interventions de l'interviewer et les majuscules « C » ou « D » annoncent celles des interviewés. La numérotation suivant la lettre correspond à l'ordre chronologique des interactions.

4.2. Analyse de contenu

L'objet de notre recherche concerne la contribution du raisonnement clinique dans le savoir apprendre en alternance pour les étudiants infirmiers. Aussi, pour notre enquête nous avons retenu trois axes d'exploration :

- L'articulation entre la théorie et la pratique dans la formation en alternance
- L'apprentissage du raisonnement clinique
- La contribution du raisonnement clinique à la formation en alternance par la mobilisation des connaissances de l'étudiant et sa part d'autonomie dans la production de savoir.

Nous avons construit deux guides d'entretien sensiblement différents sur la base de ces trois axes afin d'adapter notre discours aux deux interlocuteurs concernés à savoir l'étudiant et le formateur.

4.2.1. *Elaboration des grilles d'analyse*

Notre première phase de travail a consisté en une lecture approfondie de la retranscription des entretiens. En suivant l'ordre chronologique des interactions, nous en avons extrait les unités de sens et les propositions en référence à la méthode de Marie-Christine Unrug. Les unités de sens nous ont permis de définir les thématiques, les propositions et ainsi d'affiner l'analyse de contenu.

« Par proposition nous entendons une affirmation, une déclaration, un jugement (voire une question ou une négation), en somme une phrase ou un élément de phrase posant, telle la proposition logique, une relation entre deux ou plusieurs termes. C'est en principe une unité qui se suffit à elle-même (prononcée seule, elle a un sens...) ; elle doit pouvoir être affirmée ou niée, envisagée séparément ou dans ses relations avec d'autres, prononcée exacte ou inexacte. » (Unrug, 1974)

Ensuite, nous les avons regroupées en thématiques puis en sous-thèmes comme le stipule Laurence Bardin :

« On peut découper le texte en un certain nombre de thèmes principaux (qu'il serait possible d'affiner, éventuellement, en sous-thèmes...). » (Bardin, 2011, p. 101)

Nous avons procédé ainsi pour chaque entretien.

Les deux grilles correspondant à cette phase de l'analyse sont insérées dans les annexes.

Les grilles d'analyse de contenu des entretiens de Camille et de Dominique sont constituées de quatre colonnes. Dans la première colonne, nous avons retranscrit les interactions. Nous précisons que quelques interactions n'ont pas été retenues. Elles correspondaient à des éléments de discussion sans unité de sens. Dans la seconde colonne figurent entre crochets les unités de sens. La troisième colonne reprend les propositions. Les thèmes et les sous-thèmes apparaissent dans la quatrième colonne.

Nous avons ensuite élaboré un tableau croisé pour rapprocher les données recueillies de chaque interview à l'intérieur des différents thèmes. Ce tableau est également inséré dans les annexes.

4.2.2. Analyse descriptive

L'entretien de Camille comporte 38 interactions et celui de Dominique en compte 42.

A l'issue de ce travail, quatre thématiques se dégagent :

- L'articulation théorie-pratique
- Les représentations vis-à-vis de la formation en soins infirmiers
- L'apprentissage du raisonnement clinique
- L'accompagnement dans l'apprentissage du raisonnement clinique

Nous avons extrait pour chaque thématique les sous-thèmes suivants :

- Difficultés, complémentarité, chemins de l'apprentissage pour la thématique de l'articulation théorie-pratique.
- Représentations de l'étudiant, représentations du formateur pour la thématique des représentations vis-à-vis de la formation en soins infirmiers. Il convient de préciser ici que, dans le sous-thème des représentations du formateur, nous avons distingué les représentations du formateur de celles que ce dernier a de celles des étudiants.
- Modèle trifocal et processus pour la thématique de l'apprentissage en raisonnement clinique.
- Dimensions pédagogique et didactique pour la thématique de l'accompagnement dans l'apprentissage en raisonnement clinique.

La thématique de l'articulation théorie-pratique, est celle la plus fréquemment évoquée par les interviewés, 49 fois.

La thématique des représentations vis-à-vis de la formation en soins infirmiers apparaît 38 fois.

La thématique de l'apprentissage du raisonnement clinique est évoquée 32 fois.

La thématique de l'accompagnement dans l'apprentissage du raisonnement clinique. est abordée 24 fois.

4.2.2.1. Analyse descriptive de l'entretien de Camille

L'entretien de Camille d'une durée vingt cinq minutes et compte quarante deux interactions. Nous pouvons noter de nombreuses répétitions, de nombreux « euh ».

A cette étape, l'entretien nous apparaît désordonné et nous interroge sur notre façon de l'avoir conduit. Aussi, nous éprouvons le besoin de rassembler les idées exprimées par Camille par thématique pour procéder à l'analyse descriptive.

Camille décrit l'apprentissage en alternance en évoquant l'articulation théorie-pratique: « c'est déjà nous donner des bases, au niveau théorique et de pouvoir les pratiquer » (C4 ; 10-11).

Il se projette au-delà de la formation initiale en évoquant également la formation continue « en tant que professionnel, approfondir cette pratique et toujours en continu

avec des formations internes. » (C14 ; 12-13), argumentant que le métier d'infirmier requiert une actualisation des connaissances : « ne pas oublier ce que l'on a appris et toujours être, comment dire, pouvoir je ne sais pas si l'on peut dire, à la page » (C4 ; 13-14). Pour Camille apprendre dans ce système en alternance « demande une adaptation » (C6 ; 22) et la théorie est nécessaire pour comprendre la pratique : « il me manquait des choses, la théorie pour pouvoir comprendre certaines choses des actes. » (C6 ; 26-27).

Au fil de la formation, l'étudiant constate « avec un petit peu plus de recul, je dirais, que maintenant, quand je fais un acte, j'essaie de comprendre pourquoi je le fais et comment je le fais. » (C7 ; 31-33). Il mentionne « pour pouvoir faire des soins on a besoin de connaître la physiologie de l'être humain. » (C7 ; 33-34).

Du fait de son cursus antérieur d'aide-soignant Camille nous fait part de sa difficulté d'aborder la théorie « Ça été une étape assez difficile. » (C8 ; 42) mais il a réussi « j'ai pu, j'ai su m'adapter finalement. » C8 ; 42).

Cependant l'étudiant nous fait part « du petit fossé entre ce qu'on nous apprend à l'école et puis la réalité » (C19 ; 91). Il nous indique que les professionnels « ils s'en rendent compte qu'il nous manque quelque chose. » (C24 ; 121-122).

Camille évoque plus loin la difficulté relative au côté abstrait de certains cours « on nous explique des choses au niveau théorique, cela nous parle mais sans plus. » (C28 ; 154). Il souligne la nécessité de la pratique pour saisir le sens de la théorie. « C'est vraiment en rencontrant la situation en stage que, du coup, on assimile plus facilement et on retient plus facilement ce travail. » (C28 ; 154-157).

Camille aborde plus loin une autre difficulté relative aux chemins de l'apprentissage : « quand on n'a pas étudié une certaine pathologie avant le stage », il affirme que « c'est un obstacle » (C24 ; 120). Il illustre cette difficulté par un exemple « des fois il y avait des mots employés qui ne me parlaient pas parce qu'on ne les avait pas encore étudiés. » (C25 ; 127).

Camille explique sa stratégie « pour pallier à ça » (C25 ; 128). Il décline ce qu'elle met en œuvre « je faisais une recherche, j'avancais le travail qu'on allait avoir en cours. » (C25 ; 129). Il détaille les ressources dans lesquelles il puise les renseignements « Du coup, j'allais au renseignement. J'allais, par exemple, sur internet ou sur les livres que je peux avoir à la maison. » (C25 ; 129-130). Camille évolue dans son discours par rapport à la complémentarité théorie/pratique « j'allais moi-même à la recherche des informations pour comprendre. » (C27 ; 144) « en pratiquant en stage, c'était plus concret et je comprenais mieux. » (C27 ; 145). Il explique clairement les deux chemins

possibles de l'apprentissage dans un système en alternance. « On apprend au niveau théorique et on applique, ou on applique et on va chercher à comprendre pourquoi. » (C27 ; 147-148). Il relie les deux propositions « il est important de concilier la pratique à la théorie. L'un ne va pas sans l'autre, pour moi, puisque le but, la finalité de cet apprentissage, c'est de pouvoir être autonome dans notre futur travail en tant qu'infirmier. » (C28 ; 170-172).

Camille aborde à maintes reprises ses représentations du métier d'infirmier et exprime ses attentes de la formation. « C'est quand même important de savoir les bases » (C19 ; 92) enseignées à l'IFSI. Elles représentent pour lui « un travail de qualité et quelque chose de ce qui devrait être fait dans le meilleur des cas. » (C19 ; 92). Il insiste, plus loin, sur l'importance des apports de la formation initiale. Il se projette dans son futur professionnel conditionné par « si on n'a pas les bonnes méthodes dès le départ » (C20 ; 100), « mais si on n'a pas ces bases solides, je crains que notre travail après, en tant que professionnel se dégrade. » (C20 ; 101-102). Il précise par la suite « la finalité de cet apprentissage, c'est de pouvoir être autonome dans notre travail, dans notre futur travail en tant qu'infirmier. » (C33 ; 171-172). Camille a constaté que « même étant infirmier, j'ai vu qu'il y a des formations internes » (C28 ; 175). Il argumente son propos « parce que c'est un métier où il y a beaucoup de nouveautés et je pense que c'est important que l'on soit toujours à s'actualiser. » (C28 ; 176-177). Il reprend cette idée par « le métier d'infirmier, pour moi, c'est un métier où on évolue toujours. » (C28 ; 183).

Camille exprime son enthousiasme : « je trouve qu'on a de la chance d'avoir un métier où on peut toujours, en fait, c'est toujours une évolution, une progression,...s'enrichir régulièrement. (C34 ; 182) et sa fierté « je trouve qu'au contraire s'actualiser, c'est quelque chose, c'est tout en mon honneur. » (C34 ; 184).

Il surenchérit « je vais pouvoir aussi avoir des connaissances, plus de connaissances. S'enrichir et puis apporter aux autres aussi. » (C34 ; 185).

En ce qui concerne le raisonnement clinique, Camille explique que la mise en application du modèle trifocal lui a permis de se l'approprier. « après l'avoir utilisé, je me suis rendu compte, vraiment, on prenait la personne dans sa globalité » (C9 ; 48-49). Il souligne l'intérêt de ce modèle « on prend les problèmes de santé, des fois on s'arrête au problème de santé et des fois on oublie le côté psychologique qu'on appelle les

réactions humaines et en même temps des fois les risques » (C9 ; 50-52). Camille s'est approprié le modèle trifocal au point de pouvoir l'expliquer à d'autres professionnels « qui étaient intéressés en stage. » (C12 ; 66).

Camille aborde le processus du raisonnement clinique notamment lorsqu'il établit le lien entre le haut raisonnement clinique abordé en formation « avec toute la théorie que l'on a pu avoir, je me suis rendu compte, maintenant, on a un raisonnement clinique beaucoup plus approfondi et je pourrais même parler du haut raisonnement clinique. » (C14 ; 75-76) et l'étape de l'analyse « cela nous permet d'avoir plus d'ouverture, de, de, d'analyse. » (C14 ; 77).

Dès que nous posons une question relative au raisonnement clinique, Camille le renvoie systématiquement au modèle trifocal « pour moi, le raisonnement clinique, je reviens au modèle trifocal. » (C22 ; 108). Il insiste sur sa perception de ce modèle : « je trouve qu'il y a rien de superflu ». (C22 ; 108). Il lui apparaît comme « vraiment objectif » (C22 ; 112). « il concrétise » (C22 ; 114), « on est dans le vrai ». (C23 ; 114). Camille y trouve du sens : « ça me parle en fait. » (C23 ; 114).

En fin d'entretien Camille reconnaît une certaine difficulté dans l'apprentissage du raisonnement clinique du fait de son parcours antérieur : « j'avais fait l'école d'aide soignant. » (C40 ; 211). du fait du caractère nouveau du raisonnement clinique dans le nouveau référentiel, Camille dit « qu'honnêtement, au début de la formation on comprenait pas trop, quand les formateurs nous expliquaient en fait ce nouveau référentiel, par rapport justement au raisonnement clinique. » (C37 ; 195-197), « Ça a été dur pour nous les étudiants, de pouvoir accepter qu'il y a une nouveauté. » (C37 ; 197). En ce qui concerne l'accompagnement du raisonnement clinique, Camille stipule que : « Les formateurs ont réussi à nous amener quand même vers quelque chose de nouveau, pour qu'on puisse s'adapter. » (C37 ; 199). Il précise « après une fois que c'est expliqué correctement, c'est bien, ça nous permet, on comprend le pourquoi et le comment. » (C41 ; 215-216)

Camille affirme son appropriation du raisonnement clinique : « Ça a été réussi pour moi en tout cas, je l'utilise tout le temps. » (C37 ; 202).

4.2.2.2. Analyse descriptive de l'entretien de Dominique

L'entretien de Dominique a une durée de vingt minutes et trente six secondes. Il comporte trente huit interactions. Son discours est synthétique, marqué par de nombreux « euh » et des répétitions du mot « voilà ».

Pour cet entretien, nous avons procédé à une analyse descriptive chronologique.

D'emblée dans l'entretien, Dominique évoque la notion de « scission » (D2 ; 5) « entre les deux temps et les deux lieux » (D3 ; 9) de formation. Il en précise la nature, la difficulté pour l'étudiant « de combiner » (D3 ; 9), « combiner ce qu'il apprend à l'école, les ressources de ce qu'il apprend à l'école, les ressources de l'école, les ressources du stage. » (D4 ; 11-12). Il relève : « il a du mal à utiliser ses connaissances théoriques, à s'en servir pour analyser une situation en stage. » (D4 ; 13-14).

La difficulté de l'articulation théorie-pratique dans ce système de formation en alternance émane également des représentations des étudiants. Il mentionne « une forme de décalage » (D7 ; 22) : « on peut dire la même chose mais qu'ils l'interprètent différemment » (D7 ; 23). Dominique poursuit sur l'attribution des rôles du tuteur et du formateur : « nous on reste le formateur, le théoricien. » (D7 ; 26), « le tuteur est dans la pratique » (D7 ; 27).

Les attentes des étudiants en soins infirmiers vis-à-vis de la formation semblent davantage orientées vers la pratique, « leur demande, c'est pratiquer. » (D10 ; 46) alors que le formateur « est plus dans les faire réfléchir, les faire analyser » (D13 ; 49-50). Il précise « parfois pour certains étudiants, on se rejoint pas. » (D13 ; 51). Il surenchérit en disant « notre objectif, est, certes, de les faire pratiquer, agir, faire mais surtout de leur faire comprendre ce qu'ils font. » (D13 ; 53). Pour lui, le formateur tend vers « l'idéal » (D15-66), « vers la qualité. » (D15 ; 67). Il exprime que le décalage se situe au niveau de la dissonance entre la finalité du formateur et la réalité de terrain : « ils sont confrontés parfois à des réalités de terrain où ils sentent qu'ils ne pourront pas faire de la qualité. » (D15 ; 68).

Pour pallier ces différents décalages, le formateur indique comment il tente d'articuler la théorie et la pratique : « on travaille sur l'exemple. » (D17-87), « je les fais travailler individuellement sur une situation » (D19-93-94).

Dominique prône l'étude des situations cliniques en disant « à mon avis, c'est un des meilleurs moyens » (D20-101) à condition de limiter le nombre d'étudiants dans les

séances d'apprentissage de raisonnement clinique, « il faut être en mini groupes. » (D20-101).

Pour le formateur ces modalités conditionnent l'assimilation de la méthodologie du raisonnement clinique par les étudiants qui lui disent alors: « j'ai compris, ce qu'était le raisonnement clinique et le jugement clinique » (D20 ; 103-104).

Le modèle trifocal les amène à mesurer l'importance des connaissances « là ils ont compris pourquoi c'était important de connaître la pathologie, pourquoi c'était important de connaître les traitements, pourquoi c'était important de connaître les réactions » (D21 ; 109-110), et leur impact dans la pratique infirmière. Dominique illustre cela en citant en exemple « l'annonce d'une maladie grave » (D21 ; 110-11).

Le formateur stipule que les étudiants comprennent l'intérêt des connaissances « en faisant des exercices de raisonnement clinique » (D22 ; 120) et insiste dans son discours par un effet de répétition.

Dans le processus de raisonnement clinique, le moment de l'analyse apparaît pour le formateur « l'étape la plus importante » (D25 ; 141), c'est quand les étudiants « formulent des hypothèses, ils vont les confronter. Ils vont les confronter à d'autres infos. Ils vont les confronter à leurs connaissances » (D26 ; 144-146).

Cette étape de l'analyse « n'est pas seulement un exercice d'école » (D27 ; 149), elle permet également à l'étudiant de prendre conscience « par lui-même » (D25 ; 150) de la nécessité « de faire des recherches » (D27 ; 150).

Le formateur insiste sur cette étape déterminante qu'est l'analyse et cite en exemple un étudiant ayant posé hâtivement le jugement clinique par simple « ouverture de tiroirs » (D28 ; 156), sans pouvoir l'argumenter.

Afin d'accompagner les étudiants dans les analyses de situations cliniques, le formateur souligne qu'il importe « d'alterner les méthodes pédagogiques » (D29 ; 165-166) et manifeste son intérêt dans la façon de mener un atelier de raisonnement clinique sous la forme d'une « enquête policière » (D31 ; 171), « si c'est amené comme une énigme » (D32 ; 176-177). Il ajoute que l'attitude d'ouverture du formateur peut permettre de « sortir de l'exercice scolaire » (D32 ; 177-178) pour que les étudiants « se questionnement, arrivent à quelque chose et qu'ils réussissent » (D33 ; 181).

Le formateur conclut par l'opposition entre les représentations des étudiants : « eux, ils pensent toujours qu'évaluation » (D34 ; 184) ; et celles du formateur : « pas évaluation mais apprentissage » (D35 ; 188).

4.2.2.3. Constat

A l'issue de l'analyse descriptive des entretiens, nous prenons conscience de notre difficulté dans la conduite des entretiens. S'il nous semble primordial d'adapter le discours de l'interviewer à l'interviewé ; nous avons rencontré des difficultés dans l'entretien de Camille. Nos phrases sont longues et quelque fois empreintes d'explications. Aussi, nous nous sommes questionnée sur la compréhensibilité de nos questions. N'avons-nous pas induit certaines réponses par un flot d'explications ? Nos tentatives de recentrage ont-elles été suffisantes ?

Ces difficultés ont eu par ailleurs, une incidence sur l'exploitation des données recueillies. Nous avons été amenée à restructurer les réponses de cet entretien désordonné.

Cependant l'analyse de contenu a révélé matière pour avancer notre travail de recherche.

4.2.3. Analyse interprétative

Le tableau croisé rapproche les propositions de chaque interview à l'intérieur des différents thèmes et sous thèmes. Nous précisons ici que certaines propositions peuvent appartenir à plusieurs thèmes, nous avons choisi de ne les faire apparaître qu'une seule fois dans le tableau. Ce tableau croisé nous permet de structurer le plan de notre analyse interprétative.

Nous allons interpréter les données recueillies à partir des unités de sens à l'intérieur de chaque thème à l'éclairage de l'approche conceptuelle.

4.2.3.1. Articulation théorie-pratique

- Les difficultés

Le premier sous thème porte sur les difficultés d'articuler la théorie et la pratique dans le système de formation en alternance en soins infirmiers.

| |
|---|
| C19 : 91 : « C'est vrai que des fois on voit un petit fossé entre ce qu'on nous apprend à |
|---|

| |
|---|
| l'école et puis la réalité » |
| D2 : 5-6 : « Je pense qu'il peut faire une scission entre l'apprentissage théorique à l'école et l'apprentissage dit pratique en stage. » |
| D18 : 89-90 : « Il n'y a pas de liens entre ce que vous nous avez appris...et ce que j'ai vu » |

Pour Camille, une des difficultés se situe entre l'apprentissage à l'IFSI et la réalité de terrain. Il parle d'un écart. Camille nous renvoie à la tension théorie-pratique présente dans un système de formation en alternance évoquée par André Geay. Si celle-ci est nécessaire pour l'apprentissage par le choc cognitif qu'elle induit, elle peut néanmoins être ressentie comme un obstacle par l'étudiant. Aussi, nous pouvons nous interroger sur la perception de Camille sur certains cours dispensés à l'IFSI.

Quant à Dominique, il utilise le mot « scission » (D2 ; 5-6). Pour lui, certains étudiants dissocient l'apprentissage théorique et l'apprentissage pratique. Il introduit une notion de rupture, d'opposition entre ces deux lieux d'apprentissages. Il nous renvoie à la notion d'alternance juxtapositive ou fausse alternance pour Gérard Malglaive selon laquelle le centre de formation et les lieux de stage fonctionnent parallèlement, sans véritable lien.

Dominique signifie que cette scission peut avoir des répercussions sur l'apprentissage de l'étudiant par un défaut de mobilisation de ses connaissances théoriques.

| |
|--|
| D3 : 9 : « ...entre les temps et les deux lieux, » « parfois être en difficulté pour, euh..., combiner. » |
| D4 : 13-14 : « il a du mal à utiliser ses connaissances théoriques, à s'en servir pour analyser une situation en ...stage. » |
| D4 : 11-12 : « Justement combiner ce qu'il apprend à l'école, les ressources de ce qu'il apprend à l'école, les ressources de l'école, les ressources du stage » |
| D7 : 24 : « ce qu'on a appris à l'école, c'est pas retransférer. » |

Camille et Dominique nous révèlent la difficulté de relier la théorie à la pratique. Les difficultés se situent d'une part entre l'apprentissage théorique et la réalité de terrain et d'autre part dans la rupture que peut faire l'étudiant entre l'apprentissage théorique et l'apprentissage pratique.

Nous mesurons, ici, l'importance de créer l'interface dans la formation en alternance, décrite par André Geay.

- La complémentarité

Dans l'entretien avec Camille, la complémentarité entre la théorie et la pratique dans l'apprentissage en soins infirmiers ne fait aucun doute. Elle emploie les verbes « lier, concilier » et plusieurs fois le mot « complémentaire ».

| |
|--|
| C6 : 29 : « Pour pouvoir justement lier justement cette théorie à la pratique. » |
| C27 : 142 : « je dirais que c'est complémentaire » |
| C27 : 146-147 : « c'est complémentaire... c'est quelque chose, ils sont liés » |
| C33 : 170-171 : « il est important de concilier la pratique à la théorie l'un ne va pas sans l'autre » |

Camille souligne l'intérêt des connaissances pour pratiquer les soins infirmiers. Il considère les apports théoriques de l'IFSI comme socle de bases nécessaire pour l'exercice de son futur métier. Il va même au-delà. Il témoigne son intérêt pour la théorie en nous faisant part de l'existence de formations internes proposées aux professionnels infirmiers.

| |
|---|
| C7 :33-34 : « Je prends l'exemple, ne serait-ce que par rapport au corps humain, pour pouvoir faire des soins on a besoin de connaître la physiologie de, de l'être humain, » |
| C20 : 95-96 : « donc je trouve que c'est bien qu'on ait ces bases là à l'école. » |
| C27 : 146-147 : « c'est complémentaire,..., ils sont liés » |
| C33 : 170-171 : « il est important de concilier la pratique à la théorie l'un ne va pas sans l'autre » |
| C33 : 174-175 : « j'ai remarqué aussi c'est que, même étant infirmier, j'ai vu qu'il y a des formations internes » |

- Chemins de l'apprentissage

Dans son discours, Camille associe indiscutablement la théorie et la pratique, ce qui induit chez lui un comportement d'apprentissage faisant tourner la boucle cognitive dans les deux sens, comprendre-réussir et réussir-comprendre, en référence au constructivisme de Jean Piaget. Camille relate son cursus antérieur d'aide-soignant et évoque, alors, un besoin de connaissances pour comprendre certains actes de soins.

Camille, nous démontre, ici, qu'il a dépassé le conflit des deux rapports au savoir dans un système de formation en alternance dont parle André Geay. Il est important pour Camille de savoir pour faire et de savoir pour comprendre.

| |
|---|
| C6 : 23-27 : « Je trouvais qu'il me manquait...on va dire la théorie pour pouvoir...comprendre certaines choses des actes que je pouvais faire. » |
| C7 :32-33 : « maintenant, quand je fais un acte, je, j'essaye de comprendre pourquoi je le fais.et comment je le fais. » |
| C8 : 40-42 : « j'étais aide-soignant et ça a été difficile...ça a été une étape assez difficile » |
| C19 : 92 : « je pense que c'est quand même important de savoir les bases » |

| |
|--|
| C27 : 146-147 : « c'est complémentaire qu'on puisse commencer par la théorie ou la pratique de toutes les façons... » |
| C27 : 147-148 : « on apprend au niveau théorique et on applique, ou on applique et on va chercher à comprendre pourquoi ». |

Au fil de l'échange, Camille nous fait part, néanmoins, de sa préférence d'aborder la théorie avant de pratiquer.

| |
|--|
| C24 : 118-121 : « Je dirais qu'effectivement quand on n'a pas étudié une certaine pathologie avant le stage, euh, pour moi, c'est un obstacle car du coup on ne comprend pas trop notre démarche » |
| C25 : 131-132 : « Mais je dirais que c'est quand même important d'avoir les cours avant d'aller en stage. » |

Il nous démontre sa démarche active dans ses stratégies d'apprentissage en allant lui-même rechercher les informations, les savoirs nécessaires à sa compréhension.

| |
|---|
| C25 : 128-129 : « finalement je faisais une recherche, j'avais le travail qu'on allait avoir en cours. Du coup j'allais au renseignement, » |
| C25 : 129-130 : « j'allais, par exemple sur internet ou sur les livres que je peux avoir à la maison. » |
| C25 : 130 : « On achète des livres pour comprendre, pour en savoir un petit peu plus. » |
| C27 : 144 : « j'allais moi-même à la recherche des informations pour comprendre » |

- Représentations vis-à-vis de la formation

Camille illustre qu'apprendre en alternance est directement lié aux représentations qu'il a du métier d'infirmier.

Jean Claude Abric définit la représentation comme :

« Une vision fonctionnelle du monde qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place ». (Abric, 1994, p. 13)

Nous en déduisons que les représentations guident l'agir. Dans le contexte qui nous intéresse, les représentations de Camille vis-à-vis de son futur métier influent sur le comportement de son apprentissage.

Pour lui, la finalité de l'apprentissage en soins infirmiers repose sur la qualité des soins pour le patient. Pour lui, cette finalité requiert des connaissances, car l'acte de soins doit être pensé et réfléchi. Il désigne le fait de s'interroger sur le pourquoi et le comment du soin. Pour lui, l'activité de l'infirmier est empreinte de sens.

Il souligne l'importance des acquis dans la formation initiale. Pour lui, ces bases garantissent la qualité du travail du professionnel qu'il sera.

| |
|--|
| C4 : 10 : « L'apprentissage en soins infirmiers, pour moi, c'est déjà nous donner des bases, au niveau théorique » |
| C6 : 28-29 : « Donc, d'où mon intérêt, pourquoi j'ai fait l'école d'infirmière. » |
| C20 : 95: « Pour avoir une qualité des soins pour le patient » |
| C20 : 96-97 : « au niveau pratique on est toujours amenés,...on se questionne toujours pour, pour arriver à une qualité des soins. » |

A maintes reprises, il relie les connaissances théoriques à l'exercice de son futur métier d'infirmier.

Camille voit le métier d'infirmier comme un métier en constante évolution où l'actualisation des connaissances est indispensable. Il nous signifie clairement son engagement dans la formation en soins infirmiers. Cela nous renvoie à la dimension personnelle dans un système de formation en alternance dans laquelle le projet de l'étudiant est capital. « Il n'y a pas d'apprentissage sans projet » dit Philippe Mérieu (Geay, L'école de l'alternance, 1999, p. 75)

| |
|--|
| C34 : 183 : « Le métier d'infirmier, pour moi c'est un métier où on évolue toujours » |
| C4 : 11-13 : « et pouvoir justement par la suite, en tant que professionnel...approfondir cette pratique et toujours en continu avec des formations internes » |
| C4 : 13-14 : « ne pas oublier ce que l'on a appris et toujours être,..., à la page » |
| C33 : 175-176 : « Il faut toujours, en fait, s'informer, actualiser ses connaissances » |

Par ailleurs, nous observons que Camille est largement investi et s'inscrit dans un processus de professionnalisation. Selon André Geay :

« Dans son sens actuel, la professionnalisation désigne la professionnalisation des personnes et renvoie au processus de formation à une profession par transmission de savoirs et compétences, et construction d'une identité professionnelle de référence. » (Geay, L'alternance comme processus de professionnalisation: implications didactiques, 2007, p. 28)

Pour Camille, l'autonomie est une autre finalité de l'apprentissage en soins infirmiers : « savoir se débrouiller » dans son futur agir professionnel. Si le mot autonomie est clairement prononcé, nous entrevoyons en trame de fond l'idée de compétence par la liaison de ces deux verbes.

| |
|---|
| C33 : 171-172 : « puisque le but,..., la finalité de cet apprentissage, c'est de pouvoir être autonome dans notre travail, dans notre futur travail en tant qu'infirmier. » |
| C33 : 172-174 : « Donc il est important que ce qu'on a appris à l'école, que l'on puisse savoir se débrouiller par la suite dans,...au travail. » |

Nous pouvons également pointer chez Camille, un enthousiasme dans l'acte d'apprendre « je trouve qu'on a de la chance ». Camille semble conjuguer les deux rapports au savoir dont parle André Geay. Un rapport au savoir avec sa valeur d'utilité pour faire, pour pratiquer des actes infirmiers mais également avec sa valeur d'ordre culturel, « avoir des connaissances plus de connaissances ». Nous faisons ici référence à Bernard Charlot pour qui « le rapport au savoir est rapport d'un sujet au monde, à soi-même et aux autres. » (Charlot, 1997, p. 90)

| |
|--|
| C34 : 181-182 : « je trouve qu'on a de la chance d'avoir un métier où on peut toujours, ...c'est toujours une évolution, une progression, s'enrichir régulièrement » |
| C34 : 184-185 : « je vais pouvoir aussi avoir des connaissances plus de connaissances » |
| C34 : 185 : « s'enrichir et puis apporter aux autres aussi. » |

Pour Dominique, une minorité d'étudiants, notamment en première année restreignent la formation à la pratique. Le formateur signifie leurs demandes et leurs attentes comme étant principalement axées sur l'apprentissage pratique.

| |
|--|
| D12 : 45-46 : « ...quand ils arrivent, leur demande, enfin leur besoin, leur envie quand ils arrivent, leur demande c'est pratiquer... » |
| D13 : 51-52 : « C'est...toujours leur demande de pratiquer, de techniques, de gestes ... » |
| D15 : 60 « On ne fait pas assez de pratique ». |
| D15 : 61-62 : « je pense qu'ils ont du mal à faire le lien entre ... nous , ce que l'on apprend à l'école et ce que, eux , ils ont envie d'apprendre. » |
| D15 : 62 : « ...ils trouvent qu'il y a un décalage. » |

Pour cette minorité d'étudiants, nous pouvons nous interroger sur leur vision du métier d'infirmier limitée à la maîtrise des actes techniques. Nous pouvons également émettre l'hypothèse qu'ils éprouvent une crainte de ne pas être prêts à leur prise de poste. La ligne de stage du parcours de l'étudiant ne lui permet pas d'acquérir l'ensemble des savoirs techniques en formation initiale. Derrière cette crainte, nous pouvons entrevoir le désir de savoir faire, de savoir bien faire. Cette crainte peut aussi rejoindre l'idée que tout s'apprend en formation initiale. Dans notre monde de la performance, le résultat ne doit pas se faire attendre et la notion de temps pressé, compressé, joue en défaveur du déploiement de la compétence. Les étudiants n'échappent pas au contexte du travail où

la nécessité d'être rapidement opérationnel est requise. Opérationnel signifie en parlant d'une personne « adaptée à la fonction professionnelle à remplir » (Rey A. , 2012, p. 2333). Adaptée ne renvoie pas automatiquement à la compétence, une personne exécutante peut être adaptée à son poste dans un collectif compétent. Cette vision axée sur la productivité peut renforcer la difficulté d'articuler la théorie et la pratique dans ce système de formation en alternance. Le sens de la formation découle de la représentation du métier et du cheminement identitaire de l'étudiant dans ce processus de professionnalisation. Dès lors, les attentes des étudiants et des formateurs ne se rejoignent pas forcément.

Dominique évoque une dissonance entre les attentes des étudiants et les attentes du formateur.

| |
|--|
| D13 : 51 : « parfois pour certains étudiants, on se rejoint pas. » |
|--|

Dominique déplore que les étudiants s'attachent au résultat et non au processus d'apprentissage. Ceci nous invite également à nous questionner sur les comportements d'apprentissage induits par le dispositif d'évaluations par capitalisation d'ECTS. Celle-ci conditionne l'obtention du Diplôme d'Etat et la focalisation sur cette donnée est légitime de la part des étudiants.

| |
|--|
| D34 : 183 : « Eux, ils pensent toujours qu'évaluation. » |
|--|

Pour Dominique, l'objectif du formateur est centré sur le processus d'apprentissage. Le formateur vise le développement de la réflexion, les capacités d'analyse chez les étudiants afin de les responsabiliser dans leur activité de futurs soignants.

| |
|--|
| D13 : 49-50 : « Puisque nous, on est plus dans...les faire réfléchir, les faire analyser » |
|--|

| |
|---|
| D13 : 52-53 : « notre objectif, qui est...de les faire pratiquer, agir, faire mais surtout de leur faire comprendre ce qu'ils font. » |
|---|

| |
|--|
| D33 : 180-181 : « ce qui nous intéresse est qu'ils se questionnent, qu'ils arrivent à quelque chose et qu'ils réussissent. » |
|--|

Par ailleurs, il insiste sur l'objectif imparable de la qualité des soins dans cette formation.

| |
|---|
| D15 : 66-67 : « Enfin, moi, ce que j'exprime comme un idéal vers quoi on les mène, vers la qualité. » |
|---|

| |
|--|
| D15 : 67 : « On ne peut pas faire autrement que les mener vers ça. » |
|--|

4.2.3.2. Apprentissage du raisonnement clinique

- Modèle trifocal

Lors de l'entretien, Camille nous démontre qu'elle s'est appropriée le cadre de référence du modèle trifocal du raisonnement clinique initié par Arlette Marchal et Thérèse Psiuk. Pour lui, le modèle trifocal est synonyme du raisonnement clinique. Il constitue une grille de lecture permettant à Camille de prendre en charge les patients dans leur dimension holistique.

| |
|--|
| C22 :108: « Pour moi le raisonnement clinique, je reviens au modèle trifocal » |
| C9 : 48-49 : « Et finalement je me suis rendu compte après l'avoir utilisé, je me suis rendu compte vraiment, on prenait la personne dans sa globalité » |
| C9 : 49-50 : « je n'oubliais pas certaines choses » |
| C10 :55-56 : « on prend les risques et le côté psychologique de la personne, ainsi que sa famille. » |

Camille explicite de façon détaillée ce modèle trifocal nous démontrant ainsi sa maîtrise de ce cadre de référence.

| |
|---|
| C9 : 50-52 : « on prend les problèmes de santé, des fois on s'arrête au problème de santé et des fois on oublie le côté psychologique qu'on appelle les réactions humaines et en même temps des fois les risques. » |
|---|

Par l'utilisation de la forme interrogative, Camille nous signifie une démarche de questionnement émanant directement du modèle trifocal.

| |
|--|
| C10 : 54-55: « Quels sont les risques pour la personne, du coup je trouve que ce modèle trifocal est vraiment très complet » |
| C22 : 109-110 : « Qu'est-ce que la personne présente comme problème ? Qu'est ce qu'elle risque d'avoir ? Comment elle est, qu'est ce qu'elle ressent ? » |

Il précise également que ce modèle trifocal lui permet de ne pas oublier certains problèmes de santé. Pour Camille, ce modèle est complet et son utilisation, pratique.

| |
|---|
| C22 : 108-109 : « je trouve qu'il y a rien de superflu puisqu'on parle des problèmes » |
| C10 : 54-55: « je trouve que ce modèle trifocal est vraiment très complet » |
| C22 : 111-112 : « Pour moi le modèle trifocal, il est pas subjectif pour moi, il est vraiment objectif. » |
| C9 : 49-50 : « je l'utilise tout le temps maintenant » |
| C23 : 114: « Oui, voilà, tout à fait, il concrétise pour moi. » |
| C23 : 114 : « On est dans le vrai, ça me parle en fait. » |

Au cours de l'entretien, Dominique, le formateur, ne prononce jamais le terme « modèle trifocal », néanmoins, il évoque la pertinence des connaissances faisant référence à

celui-ci. Cela nous renvoie à Thérèse Psiuk pour laquelle, le modèle trifocal permet à l'étudiant d'organiser ses connaissances et de structurer son raisonnement.

| |
|---|
| D21 : 109-110 : « Parce que là, ils ont compris pourquoi c'était important de connaître la pathologie, pourquoi c'était important de connaître les traitements, pourquoi c'était important de connaître les réactions » |
|---|

- Processus

Camille ne cite pas le processus de raisonnement hypothético-déductif mais le suggère plusieurs fois. Par son réflexe de questionnement précédemment mentionné, l'étudiant nous signifie sa démarche d'investigation relative à ce processus de raisonnement.

Il nous fait part également que l'apprentissage du raisonnement clinique a développé chez lui des capacités d'analyse et d'ouverture. Nous retrouvons, ici, deux objectifs de formation cités plus haut par le formateur. Nous pouvons penser que Camille a développé sa pensée critique par le biais de l'apprentissage du raisonnement clinique.

| |
|--|
| C14 : 77 : « cela nous permet d'avoir plus d'ouverture, d'analyse. » |
|--|

| |
|--|
| C15 : 78 : « à analyser ce que je n'avais pas en début de formation. » |
|--|

Camille évoque une certaine forme de résistance quant au raisonnement clinique, nouvelle méthodologie enseignée aux étudiants en soins infirmiers proposée dans le nouveau référentiel de formation de 2009. Auparavant, dans sa démarche de soins d'aide-soignant, il utilisait, uniquement, la grille des 14 besoins de Virginia Henderson.

| |
|--|
| C37 : 195 « au début de la formation on comprenait pas trop...quand les formateurs nous expliquaient en fait ce nouveau référentiel, par rapport justement au raisonnement clinique. » |
|--|

| |
|--|
| C9 : 47: « je ne comprenais pas trop, en fait, le but de...ce travail. » |
|--|

| |
|--|
| C40: 208-209: « J'avais fait l'école d'aide-soignant et ce raisonnement là, donc, c'était ça en fait de pouvoir voir, un autre point de vue. |
|--|

| |
|---|
| C11 : 58: « Je le fais plus naturellement » |
|---|

| |
|--|
| C14 : 75-76 : « on a un raisonnement clinique beaucoup plus approfondi et je pourrais même parler du haut raisonnement clinique. » |
|--|

Comme le stipule Thérèse Psiuk, l'apprentissage du raisonnement clinique, version 2009, représente un changement de paradigme dans l'apprentissage de la démarche de soins infirmiers. Le fait d'explicitier les différentes étapes du processus de raisonnement clinique, peut paraître abstrait aux étudiants. Le fait de penser sa pensée ou métacognition, constitue une difficulté et peut générer des incompréhensions.

Dans l'échange avec le formateur, Dominique décline les différentes étapes du processus de raisonnement clinique. Il mentionne que l'étape de l'analyse est la plus importante.

| |
|--|
| D26 :144-146 : « Ils formulent des hypothèses. Ils vont les confronter à d'autres infos. Ils vont les confronter à leurs connaissances. » |
| D25 : 141 : « L'étape la plus importante entre les données qu'ils ont et le jugement clinique. » |
| D25 : 142 : « C'est là que tout se joue, le moment de l'analyse ». |
| D28 :154-156 : « Oui, parce que par exemple, l'étudiante qui m'a dit : « Ah, j'ai enfin compris » elle avait ses données et pschitt...hop « Y'a un risque infectieux ! C'était un espèce de truc...ouverture de tiroirs. » |

Par ailleurs, Dominique précise que dans ce processus d'apprentissage, l'étudiant est amené à rechercher des informations qui lui manquent. Ces exercices de raisonnement clinique convoquent la part active de l'étudiant dans la production de savoirs et la mobilisation des connaissances. Dominique complète son propos en ajoutant qu'il développe la conscientisation des étudiants dans leur apprentissage.

| |
|--|
| D27: 150-151 : « Il est obligé de faire des recherches» |
| D27 : 149-150 : « Cela devient un exercice où l'étudiant peut se rendre compte par lui-même. » |

4.2.3.3. *Accompagnement dans l'apprentissage du raisonnement clinique*

- Dimension pédagogique

Camille exprime ses attentes vis-à-vis du formateur dans l'accompagnement au changement que représente pour lui, le raisonnement clinique. En effet, Camille a du déconstruire le schème opératoire qu'il s'était élaboré antérieurement dans la démarche de soins abordée dans sa formation d'aide-soignant. Camille nous fait part de son besoin d'être accompagné dans ce changement. En cela, il nous renvoie à l'attitude d'ouverture du formateur quant à la prise en compte des apprentissages antérieurs de l'étudiant. Par ailleurs, Camille signifie son acceptation de faire évoluer ses représentations et par là même témoigne de son implication dans la démarche d'apprentissage puisqu'apprendre selon Raynal et Rieunier, c'est » faire évoluer ses représentations ».

| |
|---|
| C37 : 199-200 : « ils ont fait preuve de beaucoup de,..., voilà, ils ont réussi à nous amener quand même vers quelque chose de nouveau, pour qu'on puisse s'adapter » |
| C37 : 201-202 : « Donc, les attentes pour moi c'est,..., l'accompagnement dans quelque chose qui change un petit peu » |
| C41 : 215 : « Donc je me dis que... après une fois que c'est expliqué correctement...on comprend le pourquoi et le comment, voilà. » |

Dominique nous rappelle la dimension implicite du raisonnement clinique dans l'activité quotidienne des infirmiers comme le stipule Thérèse Psiuk.

| |
|---|
| D7 : 23 : « ...sur le terrain on ne le met pas forcément en mots... » |
|---|

Il nous donne à voir que la visite de stage est un moment propice pour faire vivre « l'alternance intégrative », évoquée par Gérard Malglaive, par la rencontre de l'étudiant, du tuteur et du formateur. Cette visite de stage permet un accompagnement personnalisé, l'étudiant étant au centre du processus d'apprentissage en alternance.

Dominique reconnaît la fonction pédagogique du tuteur du fait de son expertise. Nous retrouvons ici la notion du double tutorat d'André Geay, le tuteur et le formateur ayant le pouvoir de former « à parité d'estime ».

D'autre part, lorsque le tuteur intervient par sa rétroaction explicite, il accompagne l'étudiant dans sa prise de conscience des stratégies d'apprentissage à développer notamment par la mobilisation des connaissances. En cela, le tuteur participe à la transformation du vécu de la situation par l'étudiant en une expérience formatrice. Nous retrouvons, ici, l'apprentissage expérientiel décrit par David Kolb.

| |
|--|
| D7 : 24-26 : « quand on va en visite de stage et que le tuteur est là : là, par contre, c'est intéressant parce que, lui le tuteur justement,..., il fait le lien. » |
|--|

| |
|--|
| D7 : 27 : « il y a ... des tuteurs...pointus, eux, ils arrivent à dire à l'étudiant ...» |
|--|

| |
|---|
| D7 : 28 : « tu vois, ça, cette connaissance là, elle t'est nécessaire pour... » |
|---|

Le formateur aborde les modalités d'apprentissage du raisonnement clinique. Il insiste à plusieurs reprises sur la condition de mener ces ateliers de raisonnement clinique en groupes très restreints, pour en garantir l'efficacité. En effet, les interactions entre étudiants facilitent le raisonnement hypothético-déductif. Chaque étudiant peut poser ses questions, formuler ses hypothèses à voix haute comme le préconise Martine Chamberland. L'exercice entre pairs favorise l'expression de chacun et l'acquisition de nouvelles connaissances. Cet apprentissage s'inscrit dans le cadre de référence du socioconstructivisme.

| |
|---|
| D19 : 93-94 : « je les fais travailler individuellement sur une situation . » |
|---|

| |
|---|
| D31 : 170 : « Oui, parce que l'on ne s'occupe pas particulièrement d'eux et on ne les fait pas avancer. » |
|---|

| |
|--|
| D20 : 101: « c'est un des meilleurs moyens » |
|--|

| |
|--|
| D20 : 101 :« Mais ...il faut être en mini groupes.» |
|--|

| |
|--|
| D21: 111-112 :« Mais...cela nécessite non pas une relation duelle...mais un formateur avec un tout petit groupe. » |
|--|

| |
|--|
| D32 :176 : « Mais par ce biais là, ils peuvent, je pense que si c'est mené en petit groupe » |
|--|

Dominique nous parle de la posture du formateur accueillant la parole des étudiants dans un partage réciproque de savoirs. Le formateur, ainsi, invite l'étudiant à développer sa pensée critique, sa curiosité.

| |
|---------------------------------------|
| D33 : 180 : « Et si on les autorise » |
|---------------------------------------|

| |
|--|
| D33 : 180 : « à trouver d'autres choses que nous on n'a pas trouvées » |
|--|

| |
|---|
| D34: 183: « Peut être qu'effectivement, on ne les valorise pas assez. » |
|---|

- Dimension didactique

Dans son accompagnement, Dominique s'attache à partir du concret. Il fait appel à la mémoire de l'étudiant en l'invitant à donner des exemples. En cela, il amène l'étudiant à l'exercice de remémoration nécessaire au raisonnement par anticipation ou par similarité.

| |
|---|
| D17 : 86-87 : « on travaille sur l'exemple. » |
|---|

| |
|--|
| D18 : 90 : « je leur demande toujours de me donner un exemple. » |
|--|

Dominique propose avec enthousiasme, de transformer l'exercice de raisonnement clinique en une enquête policière plaçant l'étudiant en position de détective, de chercheur, à la découverte de solutions, d'hypothèses pour atteindre un jugement clinique pertinent.

| |
|--|
| D29 :165-166 : « je pense qu'il est important, aussi, d'alterner les méthodes pédagogiques » |
|--|

| |
|---|
| D31 : 170-171 : « Et, il y en a, je trouve. J'adore ça, moi, faire des analyses de situations..., c'est une enquête policière presque » |
|---|

| |
|---|
| D32 : 176-177 : « si c'est amené comme une énigme, une recherche, une énigme. » |
|---|

| |
|--|
| D32 : 177-178 : « C'est la façon dont c'est amené, c'est de sortir de l'exercice scolaire où il faut trouver ça. » |
|--|

| |
|---|
| D22 : 119-120 : « ils comprennent...en faisant des exercices de raisonnement clinique » |
|---|

4.2.3.4. Synthèse

A l'issue de cette analyse, nous pouvons remarquer que les différents thèmes ont été abordés de façon complémentaire par les interviewés. Les difficultés inhérentes à l'articulation théorie-pratique sont retrouvées. Nous avons été surprise par le caractère dominant des représentations vis-à-vis de la formation. Chacun attribue à l'autre une

place définie, élabore des scénarios et les attentes respectives peuvent sembler parfois divergentes. La part active de Camille dans sa formation est en relation avec son projet professionnel et le sens qu'il donne à sa formation. La représentation de la profession d'infirmier tourne, pour l'étudiant et le formateur, autour de la qualité des soins et la prise en charge holistique du patient. Pour Camille, le modèle trifocal est un outil important qu'il utilise aujourd'hui avec aisance. Il lui sert de base de questionnement et il contribue à analyser la situation du patient avec l'objectif de prodiguer des soins de qualité. Ce modèle lui sert de cadre de référence. Bien qu'il ne prononce pas le terme de processus, la quête de sens est présente et reliée à l'étape de l'analyse. Camille nous rappelle également le caractère nouveau de cette nouvelle démarche clinique. Il nous semble intéressant de prendre en compte la notion de temps nécessaire à l'appropriation de ce nouvel outil y compris pour le formateur habitué à une autre méthodologie. Le formateur, quant à lui ne nommera pas le modèle trifocal mais est attaché à la démarche, au processus, affirmant ici sa posture pédagogique. Pour lui, les exercices de raisonnement clinique nécessitent une organisation en petits groupes pour que chaque étudiant puisse s'exprimer et y participer activement. Le formateur met ici, en exergue, la place du questionnement et la pertinence des connaissances. L'apprentissage est pour lui, capital dans la formation et dépasse l'évaluation. Ceci nous semble être une piste pour un éventuel travail de recherche afin d'approfondir le sujet de la professionnalisation et les comportements induits par les différents modes d'évaluation.

5. Conclusion

Ce travail de recherche nous a éclairée sur l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers que nous accompagnons. Les différentes lectures, les études de concepts et enquêtes nous permettent d'avoir un autre regard sur notre travail de formateur au quotidien. Notre tendance à être focalisée sur les savoirs théoriques s'estompe au profit du processus d'apprentissage, du chemin parcouru par l'étudiant. L'autonomisation nous semble être un des objectifs principal de cette formation et le facteur temps nous semble intervenir dans la mesure où l'étudiant doit être prêt, disponible à son apprentissage. Nous comprenons mieux les difficultés que peut représenter ce système de formation pour les étudiants et ne pouvons ignorer les différentes logiques des acteurs concernés.

L'enquête de terrain ne peut confirmer notre hypothèse de recherche. Ces deux entretiens nous semblent insuffisants.

Néanmoins, cette enquête nous révèle le poids des représentations de chacun et la grande nécessité d'encourager l'expression et les échanges autour de celles-ci. La visite de stage permettant la rencontre de l'étudiant, du tuteur et du formateur représente un moment clé. Ce temps consacré à l'étudiant, se situe au cœur de l'articulation théorie-pratique et permet de faire vivre pleinement l'alternance intégrative. La notion de progressivité, de chemin singulier à parcourir par l'étudiant est à considérer pour la réussite de son projet professionnel.

Ce premier travail de recherche nous a amenée à découvrir les méthodologies relatives à l'enquête de terrain. Nous n'avions pas mesuré l'ampleur du travail tant du point de vue de l'appropriation que du point de vue de l'expérimentation. Cette expérimentation nous donne à voir le caractère incontournable du respect des différentes étapes de la méthodologie de recherche et les contraintes temporelles qui en découlent.

Nous nous interrogeons également sur notre appropriation de la méthodologie de l'entretien. Il nous semble que la pratique de cet exercice et l'approfondissement de la méthodologie nous sont nécessaires avant d'engager un nouveau travail de recherche.

Néanmoins, malgré les embûches, ce travail nous a fortement intéressée, enthousiasmée et les nombreux échanges et entretiens qu'il a suscités ont été d'une grande richesse.

6. Annexes

6.1. Référentiel de compétences en soins infirmiers du 15 août 2009

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

ANNEXE I

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER

Référentiel d'activités

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

L'infirmier ou l'infirmière « donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement. » Art. L. 4311-1 du CSP.

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et les infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles, et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. » Art. R. 4311-1 du CSP.

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. » Art. R. 4311-2.

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier 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 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. » Art. R. 4311-3

L'infirmier exerce son métier dans le respect des articles R. 4311-1 à R. 4311-15 et R. 4312-1 à R. 4312-49 du code de la santé publique.

Définition du métier

Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

ANNEXE II

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

Compétences

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

Compétence 1

Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

1. Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique ;
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...) ;
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution ;
4. Conduire un entretien de recueil de données ;
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé ;
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives ;
7. Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires ;
8. Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires.

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|--|
| 1. Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée. | Plusieurs sources d'information sont utilisées (personnes, dossiers, outils de transmission...) ; Tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe ; Les informations utilisées sont mises à jour et fiables ; Des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée, la sélection est pertinente. |
| 2. Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe. | Les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins de la personne ; Le recueil des informations (entretien, observation, échanges avec la famille...) est réalisé dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles ; Les informations sélectionnées sont priorisées. |

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|---|
| 3. Pertinence du diagnostic de situation clinique posé. | Le diagnostic de situation et/ou le diagnostic infirmier s'appuie sur une analyse pertinente des différentes informations et sur la mise en relation de l'ensemble des éléments recueillis ; La situation de santé est analysée de manière multidimensionnelle ; Les signes d'urgence ou de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sont repérés ; Le lien entre les éléments recueillis est expliqué ; Le raisonnement clinique utilisé et la démarche d'analyse des informations sont expliqués ; Les connaissances utilisées sont précisées. |

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet de soins infirmier

1. Elaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité ;
2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations ;
3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité, de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité ;
4. Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées ;
5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien ;
6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins ;
7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants ;
9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et inter-professionnelles (transmission, staff professionnel...) ;
10. Evaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires.

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|--|
| 1. Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers. | Le projet prend en compte les informations recueillies sur toutes les dimensions de la situation ; Le projet comporte des objectifs, des actions, des modes d'évaluation ; Le projet de soins est réalisé (si possible) avec la personne soignée ; Il y a adéquation entre le projet et l'évaluation de la situation ; Les actions prévues sont en adéquation avec le contexte et les ressources ; Les étapes du parcours de soins sont identifiées ; Les choix et les priorités sont expliqués et justifiés ; Les réajustements nécessaires sont argumentés. |
| 2. Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins. | Les objectifs de soins et les actions posées sont négociés avec la personne, sa famille ou son entourage ; Les réactions du patient sont décrites ; Le consentement du patient est recherché, et des explications sur la manière dont les réactions du patient ont été prises en compte sont données. |

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|---|
| 3. Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin. | Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité sont respectées ; Les contrôles de conformité (réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; Le geste est réalisé avec dextérité ; Les réactions du patient au soin sont prises en compte ; La qualité et l'efficacité du soin réalisé sont évaluées ; La réalisation des soins et l'application des protocoles sont adaptées à la situation et au contexte ; Les règles de traçabilité sont respectées. |
| 4. Pertinence des réactions en situation d'urgence. | Les situations d'urgence et de crise sont repérées ; Les mesures d'urgence appropriées sont mises en œuvre ; Les mesures d'urgence à mettre en œuvre dans différentes situations d'urgence sont expliquées. |
| 5. Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins. | La réalisation des soins prescrits et des soins du rôle propre infirmier est assurée ; La répartition des tâches est expliquée de manière cohérente ; Le contrôle des soins confiés est réalisé ; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ; L'organisation prend en compte le contexte et les aléas ; Les choix d'organisation sont expliqués et les priorités argumentées. |

Compétence 3

Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins (1) quotidiens

1. Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage ;
2. Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps ;
3. Évaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité ;
4. Adapter et sécuriser l'environnement de la personne ;
5. Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique ;
6. Évaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins.

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|---|
| 1. Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne. | Les activités proposées prennent en compte les besoins de la personne ; Les ressources de la personne sont mobilisées pour maintenir ou restaurer son autonomie. |
| 2. Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques. | La pudeur et l'intimité de la personne sont respectées ; Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées ; Les moyens mobilisés sont adaptés à la situation ; Les conditions de bien-être, de confort et de qualité de vie de la personne sont vérifiées ; Les principes d'ergonomie et de sécurité sont connus et appliqués dans les soins et les différentes activités ; Les règles de l'hydratation et de la diététique sont connues et expliquées. |

(1) La notion de soin s'entend ici comme « action ou ensembles d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ». Il s'agit des soins liés aux besoins de la vie quotidienne, en lien avec la notion d'auto-soin : « action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir, protéger, restaurer et promouvoir la santé ». (*Dictionnaire des soins infirmiers*, Masson, 2005).

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|---|
| 3. Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention. | Les risques liés à la situation et la manière de les prévenir sont repérés et expliqués. |

Compétence 4

Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

1. Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste ;
2. Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène et d'asepsie ;
3. Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements ;
4. Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne ;
5. Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux ;
6. Conduire une relation d'aide thérapeutique ;
7. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapeutique ;
8. Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne ;
9. Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique ;
10. Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonnes pratiques ;
11. Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, comptes rendus infirmiers, transmissions...).

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|---|--|
| 1. Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques. | Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité, traçabilité sont respectées ; Les contrôles de conformité (prescription, réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; La préparation, le déroulement de l'examen et la surveillance après réalisation sont conformes aux protocoles et modes opératoires ; Les gestes sont réalisés avec dextérité ; La prévention de la douleur générée par le soin est mise en œuvre ; La procédure d'hémovigilance est respectée. |
| 2. Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifestes. | La thérapeutique administrée est conforme à la prescription ; Les anomalies manifestes sont identifiées et signalées. |
| 3. Exactitude du calcul de dose. | Aucune erreur dans différentes situations de calcul de dose. |
| 4. Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et réalisation d'examens. | Les effets attendus et/ou secondaires sont repérés ; La douleur est évaluée de manière fiable et une réponse appropriée est mise en œuvre ; Les thérapeutiques antalgiques sont adaptées dans le cadre des protocoles. |
| 5. Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention. | Les risques liés à l'administration des thérapeutiques et aux examens sont expliqués ; Les différentes étapes de la procédure d'hémovigilance sont expliquées au regard des risques associés ; Les risques et les mesures de prévention des accidents d'exposition au sang sont expliqués ; Les risques liés à un défaut de traçabilité sont connus et les règles de traçabilité expliquées. |

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|--|
| 6. Justesse d'utilisation des appareillages et DM conforme aux bonnes pratiques. | L'utilisation des appareillages et DM est conforme au mode opératoire ; Le choix et l'utilisation des appareillages et DM sont adaptés à la situation. |
| 7. Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques. | Les techniques d'entretien thérapeutique sont utilisées ; La dynamique relationnelle est analysée ; Les changements de discours et/ou de comportement après entretien sont observés et restitués à l'équipe. |
| 8. Fiabilité et pertinence des données de traçabilité. | La synthèse des informations concernant les soins et les activités réalisées est en adéquation avec les données de la situation ; La traçabilité des données est opérée dans les temps, elle est claire, réalisée dans le respect de la confidentialité et conforme aux règles de bonnes pratiques ; Une synthèse claire de la situation de la personne est faite et restituée aux professionnels concernés ; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées. |

Compétence 5

Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

1. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique ;
2. Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement ;
3. Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé... ;
4. Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées ;
5. Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives ;
6. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes ;
7. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients.

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|--|
| 1. Pertinence de la séquence éducative. | Les besoins et les demandes ont été repérés, analysés et pris en compte ; Les ressources de la personne et du groupe sont identifiées et mobilisées ; La séquence est adaptée à la situation de la personne ou du groupe. |
| 2. Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs. | La personne est prise en compte dans la mise en œuvre de l'action ; La participation de la personne ou du groupe est recherchée ; Les techniques et les outils pédagogiques utilisés sont adaptés et leur utilisation évaluée ; Les actions réalisées sont évaluées. |
| 3. Pertinence de la démarche de promotion de la santé. | La démarche de promotion de la santé est adaptée à la population cible ; Les informations sont analysées en tenant compte de l'ensemble des paramètres des situations ; Les objectifs et les actions correspondent aux résultats escomptés, aux ressources et aux contextes. |

Compétence 6

Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne ;
2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte ;
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication ;
4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique ;
5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement ;
6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité ;
7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées.

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|---|
| 1. Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle. | La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte ; Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées ; Les besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées. |
| 2. Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage. | Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre ; Une attention est portée à la personne ; La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient ; Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne ; La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant-soigné et vise au respect de la personne. |
| 3. Justesse dans la recherche du consentement du patient. | Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire. |

Compétence 7

Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle ;
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels ;
3. Évaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée ;
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques ;
5. Évaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité ;
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence ;
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|---|
| 1. Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée. | L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée. |

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|---|
| 2. Pertinence de l'analyse dans l'application des règles : - de qualité, sécurité, ergonomie ; - de traçabilité ; - liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets. | Les non-conformités sont identifiées ; Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations ; Les risques de non-traçabilité sont explicités ; Le circuit de la gestion des déchets est expliqué ; Les propositions de réajustement sont pertinentes. |
| 3. Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation. | Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée ; Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte. |
| 4. Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés. | Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaires aux soins et pour le matériel d'urgence ; Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages, sont contrôlés. |
| 5. Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail. | La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques ; Les difficultés et les erreurs sont identifiées ; Les causes sont analysées ; Des améliorations sont proposées ; Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse ; La satisfaction de la personne soignée est prise en compte. |

Compétence 8

Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

1. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles ;
2. Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement ;
3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées ;
4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles ;
5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre ;
6. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite.

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|--|
| 1. Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée. | Les données scientifiques pertinentes sont recherchées ; Les éléments d'information pertinents sont recherchés dans les documents professionnels et scientifiques ; Les bases documentaires sont utilisées ; Des explications sont données sur le choix des données sélectionnées au regard d'une problématique donnée, la sélection est pertinente ; Les méthodes et outils d'investigation choisis dans un cadre donné sont adaptés (enquêtes, questionnaires...). |
| 2. Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel. | Des questions pertinentes sont posées en relation avec les problématiques professionnelles. |

Compétence 9

Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...);
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences;
3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité;
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile;
5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale;
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins;
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes;
8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral.

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|---|
| 1. Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs. | Les autres professionnels de santé sont sollicités à bon escient ; Les ressources externes sont identifiées ; La répartition des activités est conforme au champ de compétences des intervenants. |
| 2. Cohérence dans la continuité des soins. | Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités ; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ; Le contrôle des soins confiés est réalisé ; La continuité et la traçabilité des soins sont assurées. |
| 3. Fiabilité et pertinence des informations transmises. | Toutes les informations requises sont transmises aux professionnels de santé concernés dans les délais ; Les informations transmises sont pertinentes, fiables et sélectionnées avec discernement dans le respect de la réglementation et de la protection du patient (traçabilité, comptabilité, liaison avec les organismes de remboursement...); Une synthèse claire de la situation de la personne est restituée ; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées. |

Compétence 10

Informier, former des professionnels et des personnes en formation

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins ;
2. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants ;
3. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage ;
4. Superviser et évaluer les actions des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration ;
5. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique ;
6. Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé.

| CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? | INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? |
|--|--|
| 1. Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant. | Les soins relevant du rôle propre et qui peuvent faire l'objet d'une collaboration avec les aides-soignants sont identifiés et pris en compte dans l'action ; La pratique d'un aide-soignant dans le cadre de la collaboration est évaluée et les erreurs signalées. |
| 2. Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire. | Une démarche d'accueil est mise en œuvre et les informations nécessaires sont transmises ; Les explications nécessaires sont apportées à un stagiaire ; La transmission de savoir-faire est assurée avec pédagogie en conformité avec le niveau de formation du stagiaire. |

6.2. Guide d'entretiens

Entretien avec l'étudiant en soins infirmiers, Camille

- Si vous deviez décrire l'apprentissage en alternance à une personne entrant en formation initiale, que lui diriez-vous ?
- Comment vous y prenez-vous, globalement pour essayer de faire les liens entre la théorie et la pratique ?
- Avez-vous rencontré en début ou pendant votre formation des difficultés dans cet apprentissage théorique ?
- Dans l'étude des situations cliniques, vous avez appris le raisonnement clinique notamment en première année, est-ce qu'aujourd'hui, arrivé en troisième année, vous pouvez dire que cela vous a aidé à établir des liens entre la théorie et la pratique ?
- Le raisonnement clinique, selon vous, permet-il de mieux appréhender les connaissances ?

Entretien avec le formateur, Dominique

- Pensez-vous que l'apprentissage dans un système d'alternance aille de soi ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les étudiants dans cette formation en alternance ?
- Qu'est ce qui peut faciliter le processus dans notre formation qui est axée aujourd'hui sur le développement des compétences ? Comment vous vous y prenez vous ?
- Pensez vous que l'apprentissage du raisonnement clinique, nouvelle formule ou pas, aide l'étudiant à mieux savoir apprendre en alternance ?
- Le raisonnement clinique en lui-même comme apprentissage favorise-t-il la mobilisation des connaissances des étudiants ?

6.3. Entretiens

6.3.1. Transcription entretien Camille (étudiant) durée : 25minutes

- 1 **c1 : Dans la formation infirmière vous avez autant d'heures de cours à l'IFSI que d'heures de stage.**
- 2 C1 : Tout à fait.
- 3 **c2 : Les formateurs et les professionnels de terrain attendent que vous fassiez des liens entre la**
4 **théorie et la pratique.**
- 5 C2 : Oui, tout à fait.
- 6 **c3 : Sur ça, on est d'accord ?**
- 7 C3 : On est d'accord.
- 8 **c4 : Si vous deviez décrire l'apprentissage en alternance à une personne entrant en formation**
9 **initiale, que lui diriez-vous ?**
- 10 C4 : L'apprentissage en soins infirmiers, pour moi, c'est déjà nous donner des bases, au niveau théorique
11 et de pouvoir les pratiquer par exemple pour nous, c'est dans les lieux de stage pour l'instant et pouvoir
12 justement par la suite, en tant que professionnel, euh, approfondir cette pratique et toujours en continu
13 avec des formations internes, pour justement ne pas oublier ce que l'on a appris et toujours être, comment
14 dire, pouvoir je ne sais pas si l'on peut dire, à la page, pour pouvoir continuer d'être à jour par rapport aux
15 nouveautés aussi.
- 16 **c5 : Donc, comment vous y prenez-vous, globalement pour essayer de faire les liens entre la théorie**
17 **et la pratique ? En fait, avez-vous une méthodologie de travail particulière ? Ou comment dans les**
18 **trois ans, puisque vous êtes en troisième année, vous avez réussi à avoir une méthodologie de**
19 **travail ? Ou comment en fait, vous avez appris à travailler dans ce système en alternance ?**
- 20 C5 : Oui...
- 21 **c6 : Qui n'est peut être pas évident au départ ?**
- 22 C6: Pas évident au départ, c'est sûr, ça demande une adaptation, je dirais même que pour avoir été aide
23 soignant justement, je trouvais qu'il me manquait, euh, on va dire la théorie pour pouvoir, euh, parce que,
24 voilà j'étais aide-soignant. Ça a été une expérience très enrichissante mais le fait de travailler souvent en
25 collaboration avec l'infirmière, je me suis rendu compte que je faisais des choses, des fois ou je voyais
26 plutôt l'infirmière faire des choses, il me manquait des choses, la théorie pour pouvoir comprendre
27 certaines choses des actes que je pouvais faire. Comme je n'avais pas la théorie, je ne pouvais pas
28 comprendre tout ce qu'elle faisait. Donc, d'où mon intérêt, pourquoi j'ai fait l'école d'infirmière. Pour
29 pouvoir justement lier justement cette théorie à la pratique.
- 30 **c7 : D'accord.**

31 C7 : Oui, c'est vrai avec un petit peu plus de recul, même si je suis encore toujours au niveau
 32 apprentissage, je dirais, que maintenant, quand je fais un acte, je, j'essaye de comprendre pourquoi je le
 33 fais et comment je le fais. Je prends l'exemple, ne serait-ce que par rapport au corps humain, pour pouvoir
 34 faire des soins on a besoin de connaître la physiologie de, de l'être humain, comment il fonctionne et puis
 35 les pathologies et du coup, ça nous permet de comprendre pourquoi on fait tel ou tel soin. Le pourquoi et
 36 le comment. et qu'elle est le, comment dire, la finalité. On a un objectif, est-ce qu'on l'atteint ou pas ?

37 **c8 : D'accord. Avez-vous rencontré en début ou pendant votre formation des difficultés dans cet**
 38 **apprentissage théorique ou le fait d'aborder certains contenus qui peuvent paraître abstraits ?**

39 C8 : Oui, effectivement , j'ai rencontré des difficultés, surtout dans les, on va dire, les trois premiers mois,
 40 euh, parce que, déjà, du fait que ça faisait un moment que j'ai quitté le cursus scolaire, j'étais aide-
 41 soignant et ça a été difficile, pour moi, de pouvoir ,euh, et écouter et prendre des notes. Ça a été une étape
 42 assez difficile, difficile mais assez rapidement, on, j'ai pu, j'ai su, euh, m'adapter finalement et j'utilise
 43 beaucoup les fiches, je fais beaucoup de fiches, voilà.

44 **c9 : Dans l'étude des situations cliniques, vous avez appris le raisonnement clinique notamment en**
 45 **première année, est-ce qu'aujourd'hui, arrivée en troisième année, vous pouvez dire que cela vous a**
 46 **aidé à établir des liens entre la théorie et la pratique ?**

47 C9 : En toute sincérité au début, je ne comprenais pas trop, en fait, le but de cette, euh..., de ce travail et
 48 finalement, je me suis rendu compte après l'avoir utilisé, je me suis rendu compte, vraiment, on prenait la
 49 personne dans sa globalité et je n'oubliais pas certaines choses comme par exemple, euh, je l'utilise tout
 50 le temps maintenant, et, pourquoi, parce qu'en fait, on prend les problèmes de santé, des fois on s'arrête
 51 au problème de santé et des fois on oublie le côté psychologique qu'on appelle les réactions humaines et
 52 en même temps des fois les risques, euh.

53 **c10 : D'accord.**

54 C10 : Quels sont les risques pour la personne, du coup je trouve que ce modèle trifocal est vraiment très
 55 complet parce que, on prend le côté, euh, voilà, les problèmes, on prend les risques et le côté
 56 psychologique de la personne, euh, ainsi que sa famille.

57 **c11 : Et là, vous êtes en stage, est-ce que vous l'avez utilisé plus naturellement ?**

58 C11 :Je le fais plus naturellement parce que c'est quelque chose que j'ai fait dès le départ et donc j'ai
 59 toujours continué dans ce sens et ce qui m'a fait plaisir aussi, c'est que lors de mon stage précédent, là,
 60 euh, je me suis rendu compte parce qu'il y avait une élève aide soignante et je me suis rendu compte que,
 61 eux aussi, ils utilisent aussi le modèle trifocal et du coup elle avait du mal à comprendre, euh, elle m'avait
 62 demandé si ça me parlait donc j'ai dit oui on l'utilise aussi. Donc j'ai pu lui apporter toutes mes
 63 connaissances par rapport à ça. Je me suis rendu compte que finalement ce n'est pas que pour les
 64 étudiants infirmiers, les étudiants aide soignants l'utilisent.

65 **c12 : Oui effectivement**

66 C12 : Et j'ai pu expliquer ça aussi à certains professionnels qui étaient intéressés en stage.

67 **c13 : Oui, parce que, eux, ils étaient restés sur le modèle bifocal, le raisonnement clinique existait**
68 **déjà ?**

69 C13 : Honnêtement, tout à fait, moi j'aime beaucoup, ça me permet de ne pas oublier certaines
70 dimensions.

71 **c14 : Oui, je comprends. Au niveau des connaissances théoriques et puisque le raisonnement**
72 **clinique c'est aussi partir d'informations, d'indices, cela a-t-il a créé chez vous le besoin d'aller**
73 **rechercher des informations supplémentaires ? Cela a-t-il aiguisé votre perception des situations ?**

74 C14 : Oui, en fait, ce que je voulais dire c'est que je me rends compte quand même qu'avec toute la
75 théorie que l'on a pu avoir, je me suis rendu compte, maintenant, euh, aujourd'hui on a un raisonnement
76 clinique beaucoup plus approfondi et je pourrais même parler du haut raisonnement clinique. Euh,... cela
77 nous permet d'avoir plus d'ouverture, de, de, d'analyse.

78 **c15 : Cela vous a aidé à développer la capacité d'analyse?**

79 C15 : Oui, à analyser ce que je n'avais pas en début de formation.

80 **c16 : L'analyse ?**

81 C16 : L'analyse oui, et puis finalement, l'analyse ne sert pas que dans le travail, ça nous sert même dans
82 la vie quotidienne.

83 **c17 : Je reviens à la question précédente, par rapport aux savoirs théoriques qui pour certains**
84 **étudiants peuvent paraître déconnectés de la réalité. Ils se demandent à quoi peuvent servir certains**
85 **contenus. A votre avis, l'utilisation du raisonnement clinique peut-il changer cette vision ?**

86 C17 : La vision de certains étudiants, , euh ????

87 **c18: Oui, la vision de certains étudiants, je m'explique : certains étudiants ne trouvent pas l'utilité**
88 **de certains cours. Ils se demandent à quoi ces derniers peuvent-ils servir ?**

89 C18 : Euh je pensais que c'était par rapport en stage.

90 **c19 : Oui, allez-y parlez-nous de cela, c'est les deux de toute façon, c'est le stage et l'IFSI.**

91 C19 : C'est vrai que des fois on voit un petit fossé entre ce qu'on nous apprend à l'école et puis la réalité.
92 Euh, toujours est-il que je pense que c'est quand même important de savoir les bases, on va dire, un
93 travail de qualité et quelque chose de ce qui devrait être fait dans le meilleur des cas.

94 **c20 : Oui.**

95 C20 : Pour avoir une qualité des soins pour le patient donc je trouve que c'est bien qu'on ait ces bases là à
96 l'école. Euh, après, au niveau pratique, on est toujours amenés, ...on se questionne toujours pour, pour
97 arriver à une qualité des soins. Alors des fois il y a des obstacles, euh, on dit souvent par la surcharge de
98 travail, par le manque de personnel. Moi, je trouve que si déjà à l'école on ne nous donne pas, on va dire,
99 ce qui devrait être le mieux, euh, si on n'a pas ces bases là : qu'est-ce que ça va donner en stage ? Je veux
100 dire par là, on,... si on n'a pas les bonnes méthodes dès le départ, euh, en sachant que concrètement il va
101 y avoir des, euh...certaines choses que l'on ne pourra faire entièrement mais si on n'a pas ces bases

102 solides, on, euh... je crains que notre travail après, en tant que professionnel se dégrade. Déjà partir sur
103 quelque chose de, de, euh..., je n'arrive pas à trouver le mot.

104 **c21 : Peut être une vision optimale ?**

105 C21 : Toujours en gardant, comment dire, euh,...les bases du travail d'une infirmière.

106 **c22 : Et alors justement, le raisonnement clinique, selon vous, permet-il de mieux appréhender les**
107 **connaissances ?**

108 C22 : Pour moi le raisonnement clinique, je reviens au modèle trifocal, je trouve qu'il y a rien de superflu
109 puisqu'on parle des problèmes. Qu'est-ce que la personne présente comme problème ? Qu'est-ce qu'elle
110 risque d'avoir ? Donc, on est toujours dans quelque chose de, euh... qui peut arriver. Et ben, comment
111 elle est ? Qu'est-ce qu'elle ressent ? Pour moi, le modèle trifocal, il est pas subjectif pour moi, il est
112 vraiment objectif.

113 **c23 : Il concrétise, il aide à concrétiser ?**

114 C23 : Oui, voilà, tout à fait, il concrétise pour moi. On est dans le vrai, ça me parle en fait.

115 **c24 : Vous, comment vous y prenez-vous pour apprendre ? Qu'en pensez-vous de cette façon**
116 **d'apprendre ? Là, ce que vous me dites, c'est avoir les bases solides pour pouvoir se questionner et**
117 **bien faire après dans la pratique ? Mais comment faites vous en stage, quand vous n'avez pas**
118 **encore étudié la théorie ? Qu'auriez-vous envie de dire là-dessus ?**

119 C24: Je dirais qu'effectivement quand on n'a pas étudié une certaine pathologie avant le stage, euh, pour
120 moi, c'est un obstacle, euh car du coup on ne comprend pas trop notre démarche et les professionnels
121 nous renvoient, mais tout de suite ils s'en rendent compte, hein,... ils s'en rendent compte qu'il nous
122 manque quelque chose.

123 **c25 : Alors qu'est-ce qu'ils vous renvoient ? Est ce que cela vous est arrivé ?**

124 C25 : Oui, cela m'est arrivé quand j'étais en stage en psychiatrie, on avait étudié la, le processus psycho
125 pathologique mais on n'avait pas tout étudié d'un coup. Il me manquait certaines choses, je l'ai ressenti
126 au niveau des stages parce que des fois quand ils parlaient, des fois il y avait des mots, euh, des mots
127 employés qui ne me parlaient pas parce qu'on ne les avait pas encore étudiés.

128 Donc, du coup, pour pallier à ça, il a fallu que chez moi, que je reprenne. Finalement je faisais une
129 recherche, j'avais le travail qu'on allait avoir en cours. Du coup, j'allais au renseignement. J'allais, par
130 exemple, sur internet ou sur les livres que je peux avoir à la maison. On achète des livres pour
131 comprendre, pour en savoir un petit peu plus. Mais je dirais que c'est quand même important d'avoir les
132 cours avant d'aller en stage.

133 **c26 : Parce que c'est plus confortable ou parce que c'est pour vous sécuriser ? Pour quelle raison**
134 **finalement ? Parce que quand vous apprenez en stage et quand vous allez rechercher la théorie, est-**
135 **ce aussi parce que vous avez des exemples concrets ou des patients qui vous raccrochent à la**
136 **théorie ?**

137 C26 : Oui.

138 **c27 : Vous arrivez en fin de cursus, comment vivez vous ça maintenant ? Ce que vous avez appris**
139 **en stage, cette façon là, est-elle plus ou moins ancrée ? Que pouvez-vous dire ? Cela m'intéresse de**
140 **savoir si effectivement, pour vous, c'est plus facile de passer de la théorie à la pratique ou de la**
141 **pratique à la théorie ?**

142 C27 : Et bien, je dirais maintenant avec du recul, je dirais que c'est complémentaire. Finalement je me
143 suis adapté puisque ce n'était pas parce que je n'avais pas eu les cours avant, que je ne pouvais plus
144 comprendre puisque j'allais moi-même à la recherche des informations pour comprendre et du coup, en
145 pratiquant en stage, c'était plus concret et je comprenais mieux. Et je dirais quand même que c'est
146 complémentaire qu'on puisse commencer par la théorie ou la pratique de toutes les façons, c'est quelque
147 chose, euh,... ils sont liés, et euh ...On apprend au niveau théorique et on applique, ou on applique et on
148 va chercher à comprendre pourquoi. Je ne sais pas comment expliquer ça.

149 **c28 : A l'IFSI, vous avez des cours magistraux avec des médecins ou des universitaires où vous**
150 **abordez des pathologies. Vous étudiez des situations cliniques lors de travaux dirigés avec les**
151 **formateurs. Ces contenus peuvent parfois rester abstraits tant que vous ne les avez pas rencontrés**
152 **en stage ?**

153 C28 : Oui, j'ai déjà été plusieurs fois confronté à cette situation. Car on nous explique des choses au
154 niveau théorique, cela nous parle mais sans plus. Et c'est vraiment en rencontrant la situation en stage
155 que, du coup, on assimile plus facilement et on retient plus facilement euh, ce travail en fait.

156 **c29 : Avez-vous un exemple bien précis à l'esprit par rapport au stage dernier ?**

157 C29 : Par rapport au stage ?

158 **c30 : Oui, par rapport au stage pour illustrer ce dont on vient de parler.**

159 C30 : Qu'est-ce que je pourrais. Euh...Oui, euh qu'est ce que c'était ?... Ça ne vient pas...

160 **c31 : Ce n'est pas grave, c'était peut-être une pathologie que vous n'aviez pas étudiée et que vous**
161 **êtes allé rechercher ?**

162 C31 : Oui, il y avait un exemple mais je n'arrive plus à me souvenir et je me suis dit, maintenant ça me
163 parle mieux.

164 **c32 : Quelque chose que vous aviez vu en cours et que vous avez rencontré en stage ?**

165 C32 : Et du coup, j'ai tout de suite compris après, alors que ça ne me parlait pas plus que ça en cours. Je
166 ne me rappelle plus.

167 **c33 : Ce n'est pas grave. Et si vous deviez conseiller quelqu'un qui entre en formation en soins**
168 **infirmiers, par rapport à ses méthodes d'apprentissage, que lui diriez-vous ? On en a déjà parlé**
169 **mais c'est peut être plus clair maintenant ?**

170 C33 : Oui, que pourrais-je dire ? C'est euh, ...euh... qu'il est important de concilier la pratique à la
171 théorie. L'un ne va pas sans l'autre, pour moi, puisque le but, euh... la finalité de cet apprentissage, c'est
172 de pouvoir être autonome dans notre travail, dans notre futur travail en tant qu'infirmier. Donc il est
173 important que ce qu'on a appris à l'école, que l'on puisse savoir se débrouiller par la suite dans, euh dans,

174 euh, au travail. L'un ne va pas sans l'autre et de toute façon, ce que j'ai remarqué aussi c'est que, même
175 étant infirmière, j'ai vu qu'il y a des formations internes, il y a des, euh voilà. Il faut toujours, en fait,
176 s'informer, actualiser ses connaissances, parce que c'est un métier où il y a beaucoup de nouveautés et je
177 pense que c'est important que l'on soit toujours à s'actualiser.

178 **c34 : Et est-ce que cela vous plaît ? Parce que vous avez un grand sourire en disant cela. Est-ce**
179 **plaisant ? Aujourd'hui, cela ne vous fait pas peur de devoir apprendre tout le temps, en vous disant**
180 **que cela va continuer même diplômé ?**

181 C 34 : Moi, je trouve qu'on a de la chance d'avoir un métier où on peut toujours, en fait, c'est toujours
182 une évolution, une progression, ...s'enrichir régulièrement. Et je trouve qu'on a de la chance d'avoir cette
183 possibilité là. Le métier d'infirmier, pour moi, c'est un métier où on évolue toujours. Et je trouve qu'au
184 contraire s'actualiser c'est quelque chose, c'est tout en mon honneur quoi, je me dis voilà, je vais pouvoir
185 aussi avoir des connaissances, plus de connaissances. S'enrichir et puis apporter aux autres aussi.

186 **c35 : Qui sont les autres ?**

187 C35 : Alors, c'est à dire nos futurs stagiaires étudiants, voilà parce qu'il faut pas oublier que c'est une
188 formation qui est difficile et je pense qu'il est important de pouvoir aider l'autre.

189 **c36 : Qu'attendez-vous du formateur dans l'étude des situations cliniques ? Que ce soient celles**
190 **qu'il vous présente à l'IFSI ou celles que vous lui présentez en stage. Avez-vous des attentes par**
191 **rapport au formateur ?**

192 C36 : Euh... Par rapport au formateur ?

193 **c37 : Oui, par rapport justement aux situations cliniques, à cette formation en alternance qui**
194 **demande d'apprendre peut-être d'une autre façon que celle qu'on avait imaginée au départ ?**

195 C37 : Oui, je dirais qu'honnêtement, au début de la formation on comprenait pas trop, euh, quand les
196 formateurs nous expliquaient en fait ce nouveau référentiel, par rapport justement au raisonnement
197 clinique. Ça a été dur pour nous les étudiants, de pouvoir accepter qu'il y a une nouveauté. Donc, j'ai
198 trouvé que les formateurs, c'était, euh...honnêtement, euh...C'est comme cela que je le ressens
199 maintenant, ils ont fait preuve de beaucoup de, euh..., voilà. Ils ont réussi à nous amener quand même
200 vers quelque chose de nouveau, pour qu'on puisse s'adapter en fait. Ils nous ont aidés à s'adapter à cette
201 nouvelle réforme. Donc, les attentes pour moi c'est, euh...l'accompagnement dans quelque chose qui
202 change un petit peu euh... Ça a été réussi pour moi en tout cas, je l'utilise tout le temps.

203 **c38 : Et c'est quelque chose qui vous aide ?**

204 C38 : Oui, sinon je l'aurais pas, je l'aurais pas utilisé.

205 **c39 : Pour faire le lien avec l'apprentissage et la façon d'apprendre, vous avez dit tout à l'heure**
206 **qu'il faut s'adapter au fait d'apprendre de la théorie à la pratique ou de la pratique à la théorie.**
207 **L'apprentissage du raisonnement clinique, selon vous, peut-il ou non aider ?**

208 C39 : Ah oui, complètement. Pour moi la difficulté était de pouvoir accepter ce changement.

209 **c40 : Car vous, vous étiez partie de la démarche de soins initiale avec les quatorze besoins de**
210 **Virginia Henderson ? C'est ça que vous voulez me dire ?**

211 C40 : Oui, d'autant plus, que j'avais fait l'école d'aide soignant et ce raisonnement là, donc, c'était ça en
212 fait de pouvoir voir, euh... un autre point de vue. La difficulté c'était d'accepter ça, en fait,

213 **c41 : D'accord.**

214 C41 : Euh...ça m'a permis de ne pas oublier certains éléments qui peuvent être importants pour le patient.
215 Donc je me dis que, euh..., après une fois que c'est expliqué correctement, euh... c'est bien, ça nous
216 permet, euh, on comprend le pourquoi et le comment, voilà.

217 **c42 : Merci beaucoup, je pense que cet entretien va se terminer. Voulez-vous rajouter quelque**
218 **chose ?**

219 C42 : Non, euh...je pense que j'ai tout dit.

6.3.2. Entretien Dominique : formateur : Durée 20 minutes et 36 secondes

- 1 **d1 : Pensez-vous que l'apprentissage dans un système d'alternance aille de soi ?**
- 2 D1 : Pour l'étudiant ?
- 3 **d2 : Pour l'étudiant infirmier qui arrive en formation quelque soit son cursus antérieur Cela pose**
- 4 **la question de l'apprentissage en alternance.**
- 5 D2 : Oui. Oui, euh, alors, est-ce que... Pas forcément, je pense qu'il peut faire une scission entre
- 6 l'apprentissage théorique à l'école et l'apprentissage dit pratique en stage.
- 7 **d3 : Si je reformule, c'est l'étudiant qui peut faire une scission entre les deux temps et les deux**
- 8 **lieux ?**
- 9 D3 : Voilà, entre les temps et les deux lieux, et parfois être en difficulté pour, euh..., combiner.(*rires*)
- 10 **d4 : Combiner quoi ?**
- 11 D4 : Justement combiner ce qu'il apprend à l'école, les ressources de ce qu'il apprend à l'école, les
- 12 ressources de l'école, les ressources du stage et, je reprends le mot un peu, scission, voilà, ce qu'il
- 13 apprend à l'école, c'est très théorique, et parfois il a du mal à utiliser ses connaissances théoriques, à s'en
- 14 servir pour analyser une situation en, en ...stage.
- 15 **d5 : Et des deux côtés ?**
- 16 D5 : Oui
- 17 **d6 : C'est-à-dire autant quand le formateur peut aller les voir en stage, autant quand vous les avez**
- 18 **en cours ou en TD, qu'est ce qui vous fait dire ça ?**
- 19 D6 : Surtout, enfin, euh, ce qui me fait dire ça, c'est que parfois ils vous disent : « oui, mais vous vous
- 20 nous avez appris ça à l'école mais moi, en stage je n'ai pas vu la même chose.
- 21 **d7 : Une forme de décalage ?**
- 22 D7 : Oui, c'est une forme du décalage, mais surtout que, en fait, on peut dire la même chose mais qu'ils
- 23 l'inter-prè-tent différemment. Ou alors que, euh, sur le terrain on ne le met pas forcément en mots et donc
- 24 ils font, ils font ce que ,... ce qu'on a appris à l'école c'est pas retransférer. Alors que parfois, quand on
- 25 va en visite de stage et que le tuteur est là : là, par contre, c'est intéressant parce que, lui le tuteur
- 26 justement, il, il fait le lien. Souvent le tuteur est important car nous on reste le formateur, le théoricien. Le
- 27 tuteur est dans la pratique mais, il y a quand même des tuteurs qui sont très pointus, et eux, ils arrivent à
- 28 dire à l'étudiant : « Mais, tu vois, ça, cette connaissance là, elle t'est nécessaire pour... »
- 29 **d8 : D'accord. La deuxième question rejoint ce que vous disiez tout à l'heure et vous pourrez**
- 30 **préciser, quelle est ou quelles sont les principales difficultés rencontrées par les étudiants dans cette**
- 31 **formation en alternance ? Vous avez parlé de difficulté à combiner, est ce la principale ou en voyez-**
- 32 **vous d'autres ?**

33 D8 : (*silence*) Alors, euh... Pouvez-vous répéter la question ?

34 **d9 : Quelle est la ou les principales difficultés rencontrées par les étudiants dans cette formation en**
 35 **alternance ? On a parlé de la difficulté de combiner les ressources, les connaissances théoriques et**
 36 **l'idée que vous avez émise du transfert dans la pratique,**

37 D9 : Oui, voilà.

38 **d10 : Mais les étudiants ne voient pas forcément ce lien entre la théorie et la pratique. C'est bien de**
 39 **cela dont il s'agit ?**

40 D10 : Oui, c'est cela.

41 **d11 : Mais eux interprètent. Il y a quelque chose de l'ordre de la représentation si j'ai bien compris,**
 42 **ce que vouliez dire ?**

43 D11 : Oui, oui

44 **d12 : Y a-t-il d'autres choses que vous avez pu pointer chez d'autres étudiants ?**

45 D12 : Euh ...Peut-être aussi, que, euh... souvent quand même, en tout cas quand ils arrivent, leur
 46 demande, enfin leur besoin, leur envie quand ils arrivent, leur demande c'est pratiquer... voilà, pratiquer.

47 **d13 : Pratiquer c'est faire des gestes ?**

48 D13 : Oui, c'est ça, pratiquer c'est faire des gestes. Et nous, cela fait partie de la formation, de notre
 49 enseignement mais c'est une tou-oute petite partie, quand même. Puisque nous, on est plus dans... les
 50 faire réfléchir, les faire analyser, les faire etc. Et que, du coup, je pense que pour eux, ça, c'est un peu
 51 difficile. Leur, euh...parfois pour certains étudiants, on se rejoint pas. C'est-à-dire que c'est toujours leur
 52 demande de pratiquer, de techniques, de gestes etc. Et, ils n'arrivent pas à rejoindre nous, no-tre objectif,
 53 qui est, certes, de les faire pratiquer, agir, faire mais surtout de leur faire comprendre ce qu'ils font. Alors
 54 c'est une petite partie d'étudiants, et c'est surtout en première année. Après il me semble quand même
 55 qu'en troisième année, il y en a qui ont compris.

56 **d14 : Il y a un cheminement ?**

57 D14 : Oui, il y a un cheminement.

58 **d15 : Mais cela peut représenter une difficulté pour l'étudiant ?**

59 D15 : Voilà et que surtout, effectivement, mais, souvent en première année, et puis même, ils nous le
 60 renvoient souvent : « on ne fait pas assez de pratique ». Je pense que c'est parce qu'ils ont besoin d'être
 61 rassurés. Mais, euh, euh... je pense qu'ils ont du mal à faire le lien entre ...nous, ce que l'on apprend à
 62 l'école et ce que, eux, ils ont envie d'apprendre. Je pense que, eux, ils trouvent qu'il y a un décalage.
 63 Qu'on ne fait pas assez de pratique, pas assez de technique mais on va peut-être le résoudre avec les
 64 simulations, en partie.(*rires*)

65 Voilà. Euh... Quoi d'autre encore ? Y a-t-il une autre difficulté ? (*silence*) Ce que j'ai déjà dit, que euh...
 66 certains trouvent qu'il y a un décalage. Enfin, moi, ce que j'exprime comme un i-idéal (*bas*), en tout cas
 67 vers quoi on les mène, vers la qualité. On ne peut pas faire autrement que les mener vers ça. Et que,... ils
 68 sont confrontés parfois à des réalités de terrain, où...i-ils sentent qu'ils ne pourront pas, peut-être, faire de

69 la qualité. Et ça, je le ressens d'autant plus, parfois avec des troisième année, quand on leur demande où
70 ils veulent aller travailler. Ils nous disent : «Je veux pas aller à l'hôpital. ...Non, je ne veux pas aller à
71 l'hôpital parce qu'à l'hôpital, il faut faire tout vite : le patient rentre et quand il rentre, il faut penser à sa
72 sortie, on n'a pas le temps d'entrer en relation ». C'est vrai que nous, à l'IFSI, on centre beaucoup notre
73 travail sur la relation. Et que, voilà,... je pense que cela peut être une difficulté dans notre formation en
74 alternance.

75 **d16 : Qu'est ce qui peut faciliter le processus dans notre formation qui est axée aujourd'hui sur le**
76 **développement des compétences. Selon vous comment peut-on les aider ? C'est une grande**
77 **question, mais ...dans l'apprentissage de ce maillage, ce mariage entre l'aspect théorique et la**
78 **pratique, qu'essayez vous de mettre en place ? Comment vous vous y prenez vous, car cela fait un**
79 **moment que vous faites de la pédagogie, alors vous comment vous y prenez vous, vous ?**

80 D16 : Je m'y prends pas euh...Comme tout le monde. Enfin, je crois.

81 **d17 : Oui ? Mais peut-être avez-vous des petits trucs ? Vous vous dites peut-être je vais lui**
82 **expliquer comme ça. Lors des guidances individuelles ou les suivis pédagogiques, lorsque vous**
83 **percevez qu'ils sentent un décalage ou qu'il semble exister trop d'incompréhensions, qu'ils ont des**
84 **difficultés à apprendre dans ce système ils ont du mal à voir la cohérence ou ne pas voir le sens de**
85 **la théorie, que faites-vous ?**

86 D17 : Moi, lorsqu'ils sont en guidance, quand ils me disent ce genre de chose, je leur demande « donnez
87 moi un exemple ». Et on travaille sur l'exemple, vous voyez ?

88 **d18 : D'accord.**

89 D18 : Quand ils disent : « Il n'y a pas de liens entre ce que vous nous avez appris dans les processus
90 tumoraux et ce que j'ai vu », je leur demande toujours de me donner un exemple.

91 **d19 : D'accord.**

92 D19 : En général, il y en a. Il y a des liens. Mais, euh... je les fais chercher. Alors, quand ils disent qu'il
93 n'y a pas de lien, je leur dis : « Dites moi pourquoi ? » En fait, je les fais travailler individuellement sur
94 une situation, en fait.

95 Donc, je le fais aussi quand je vais les voir en visite de stage. Euh... (*silence*) Quand justement, pareil, je
96 vais beaucoup sur les situations, quoi. (*rires*)

97 **d20 : Très bien, cela m'amène justement sur l'autre question : pensez vous que l'apprentissage du**
98 **raisonnement clinique, nouvelle formule ou pas, ce n'est pas un souci, aide l'étudiant à mieux savoir**
99 **apprendre en alternance ? Est-ce que ça peut être une aide, justement ? Parce que vous dites partir**
100 **toujours de situations.**

101 D20 : A mon avis, c'est,... c'est un des meilleurs moyens. Mais..., il faut être en mini groupes. J'ai fait
102 récemment une analyse de situation avec mon petit groupe de troisième année, douze ou treize étudiants.
103 Et, euh...au moins deux étudiants m'ont dit : « j'ai compris, ce qu'était le raisonnement clinique et le
104 jugement clinique ». Non seulement, j'avais ce jour-là, un groupe de douze ou treize étudiants mais en
105 plus, j'avais une étudiante cadre avec moi. Et j'ai travaillé parfois avec des mini groupes en fait, de trois
106 ou quatre.

107 **d21 : Oui.**

108 D21 : Et là, on a pu approfondir mais sur ce groupe là, vous voyez. Parce que là, ils ont compris pourquoi
109 c'était important de connaître la pathologie, pourquoi c'était important de connaître les traitements,
110 pourquoi c'était important de connaître les réactions qu'on peut avoir face à l'annonce d'une maladie
111 grave etc. Vous voyez pour moi, c'est... Voilà. Mais... cela nécessite non pas une relation duelle...mais
112 un formateur avec un tout petit groupe.

113 **d22 : D'accord: est-ce que le raisonnement clinique en lui-même comme apprentissage favorise la**
114 **mobilisation des connaissances des étudiants ? C'est la première partie de ma question, et la**
115 **deuxième partie est : du fait d'apprendre le raisonnement clinique en petit groupe, ça, j'ai bien**
116 **entendu que c'était plus facile, les étudiants attribuent-ils plus d'importance aux savoirs théoriques**
117 **en faveur du développement des compétences, par ce biais là, parce qu'ils apprennent à raisonner ?**

118 D22 : Tout à fait, réponse oui aux deux possibilités, parce que la deuxième c'est euh, euh, ils
119 comprennent... en faisant des exercices de raisonnement clinique que les connaissances qu'on a, ce n'est
120 pas des connaissances pour des connaissances, vous voyez ? : « Ah oui, c'est vrai je comprends, le fait de
121 comprendre le mécanisme, ce qui se passe au niveau des cellules m'aide à comprendre le traitement... ».
122 Donc oui, pour moi, oui.

123 **d23 : D'accord. Cela sous entend mobilisation des connaissances et que là ils ont déjà eu les cours et**
124 **là, ils peuvent raccrocher ?**

125 D23 : Voilà, ils peuvent raccrocher et comprendre l'importance... d'avoir la connaissance. Vous
126 voyez ? Ce n'est pas la connaissance pour la connaissance. « Quand je crache mes connaissances lors de
127 l'évaluation, je coche les bonnes cases ». Et là, je pense que ça les aide à comprendre. « Si je connais bien
128 les effets secondaires des corticoïdes, c'est bien de les connaître et de les réciter, quoi, mais, dans cette
129 situation-là, pourquoi c'est important pour Monsieur Untel qui est diabétique ou je ne sais quoi ».Vous
130 voyez ?

131 **d24 : Je ne suis pas formateur depuis longtemps et j'ai surtout connu la nouvelle méthodologie du**
132 **raisonnement clinique. Pour vous, qui avez pratiqué l'autre méthodologie, la nouvelle représente-**
133 **elle un plus ?**

134 D24 : Moi, je me suis adapté à la méthodologie d'ici sans avoir eu, euh... de formation, euh. Je m'y suis
135 adaptée très vite parce que j'étais très au clair avec l'ancienne méthodologie, donc, voilà. Alors est-ce
136 que... ?

137 **d25 : Quand on connaît les étapes du raisonnement clinique, de la prise d'informations à la pose du**
138 **jugement clinique, donc l'identification des problèmes de santé, quelle étape vous semble la plus**
139 **importante ?**

140 D25 : L'étape la plus importante entre les données qu'ils ont et le jugement clinique. C'est là, le plus
141 important. C'est là que tout se joue, le moment de l'analyse.

142 **d26 : Au moment de l'analyse ?**

143 D26 : Oui, quand les étudiants me disent « là, j'ai compris ». Ils ont des informations. Ils formulent des
 144 hypothèses, ils vont les confronter. Ils vont les confronter à d'autres infos. Ils vont les confronter à leurs
 145 connaissances. Il en manque. Et s'ils n'ont pas de connaissances... ? Et bien, ils ne peuvent pas analyser.

146 **d27 : Selon vous, ce sont ces différentes confrontations qui représentent l'étape la plus importante ?**

147 D27 : Oui, moi, je trouve que c'est cette étape là parce que c'est là, où l'on peut pointer et trouver un
 148 moment un peu plus objectif où ce n'est pas seulement un exercice d'école. Cela devient un exercice où
 149 l'étudiant peut se rendre compte par lui-même. Il est obligé de faire des recherches et du coup, tout ne va
 150 pas lui être apporté sur un plateau. Mais même si, ça peut paraître une difficulté pour l'étudiant, moi, je
 151 trouve ça aussi intéressant qu'ils aillent les chercher.

152 **d28 : Oui, c'est intéressant justement... ?**

153 D28 : Oui, parce que par exemple, l'étudiante qui m'a dit : « Ah, j'ai enfin compris » elle, elle avait son...
 154 ses données et pschitt...hop « Y'a un risque infectieux ! C'était un espèce de truc, euh, vous
 155 voyez...ouverture de tiroirs. Et justement, là il s'agissait d'un cas de cancérologie complexe...Elle
 156 trouvait pas trop où était le problème et jusqu'ici elle faisait ça un peu par... « oui, là, c'est de la chir
 157 donc il y a un risque infectieux, un risque de douleur, un risque hémorragique » et quand vous lui disiez
 158 après « oui, mais pourquoi il y avait un risque infectieux ? » elle avait du mal à....Donc, le, la partie la
 159 plus importante, bon, c'est celle du milieu. Après comment leur faire...euh comment l'appréhender,
 160 en fait, c'est ce que vous voulez dire ? Et bien...C'est bien ça qui est difficile, certains étudiants disent :
 161 « j'ai raté quelque chose, je n'ai pas compris ! »

162 **d29 : J'ai compris que vous avez dit qu'il fallait une relation de proximité avec les étudiants pour**
 163 **interagir avec eux?**

164 D29 : Pour certains, oui vraiment ...des mini groupes et je pense qu'il est important, aussi, d'alterner les
 165 méthodes pédagogiques parce que c'est vrai, que parfois ils nous disent qu'ils en ont marre.

166 **d30 : Peut-être parce qu'ils sont en grand groupe ?**

167 D30 : Oui, justement.

168 **d31 : Parce que l'attention n'est pas la même ?**

169 D31 : Oui, parce que l'on ne s'occupe pas particulièrement d'eux et on ne les fait pas avancer. Et, il y en
 170 a, je trouve. J'adore ça, moi, faire des analyses de situations,... c'est, c'est une enquête policière presque:
 171 j'ai des données, je réfléchis, ah ben tiens, je pense à ça, je pense à ça ... et y en a quand ils ont compris
 172 ça : « ah oui, c'est vrai que c'est intéressant, en fait, voilà ». Mais comment susciter l'intérêt ? Comment
 173 leur faire comprendre que s'ils n'ont pas les connaissances... ?

174 **d32 : Hum, hum ?**

175 D32 : Mais par ce biais là, ils peuvent, je pense que si c'est mené en petit groupe et que si c'est amené
 176 comme une énigme, une recherche, une énigme. C'est la façon dont c'est amené, c'est de sortir de
 177 l'exercice scolaire où il faut trouver ça.

178 **d33 : D'accord.**

179 D33 : Et si on les autorise à trouver d'autres choses que nous on n'a pas trouvées, en fait ce qui nous
180 intéresse est qu'ils se questionnent, qu'ils arrivent à quelque chose et qu'ils réussissent.

181 **d34 : Oui, tout à fait.**

182 D34: Peut-être qu'effectivement, on ne les valorise pas assez. Euh...Mais bon, euh... ils sont...Euh...
183 C'est aussi parce que... bon, c'est comme ça ! Eux, ils pensent toujours qu'évaluation. Ils ne vous posent
184 pas parfois la question : qu'est ce que vous attendez, vous ? grhh...(rires)

185 **d35 : Ils pensent évaluation ?**

186 D35 : Eh oui...ils sentent évaluation et combien de fois ils nous disent « l'autre formateur ne nous a pas
187 dit ça ». Pff : « Calme » ! Pas évaluation mais (tout bas) A-pprenti -ssage ...

188 **d36 : Oui, on est plus dans l'évaluation que dans l'apprentissage.**

189 D36 : Oui, là on est plus dans l'évaluation que dans l'apprentissage.

190 **d37 : Pour ma part, je n'ai plus de question. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

191 D37 : Non, je pense qu'on a fait le tour.

192 **d38: Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.**

6.3.3. Grilles d'analyse de contenu

6.3.3.1. Grille d'analyse contenu de l'entretien de Camille, étudiant

| Analyse d'analyse de contenu de l'entretien de Camille, étudiant | | | |
|--|---|---|---|
| Interactions | Unité de sens | Propositions | Thèmes et sous thèmes |
| <p>c4 : Si vous deviez décrire l'apprentissage en alternance à une personne entrant en formation initiale, que lui diriez-vous ?</p> <p>C4 : L'apprentissage en soins infirmiers, pour moi, c'est déjà nous donner des bases, au niveau théorique et de pouvoir les pratiquer par exemple pour nous, c'est dans les lieux de stage pour l'instant et pouvoir justement par la suite ,en tant que professionnel, euh, approfondir cette pratique et toujours en continu avec des formations internes, pour justement ne pas oublier ce que l'on a appris et toujours être, comment dire, pouvoir je ne sais pas si l'on peut dire, à la page, pour pouvoir continuer d'être à jour par rapport aux nouveautés aussi.</p> | [...c'est nous donner des bases, au niveau théorique...] | C4 : 10 : « L'apprentissage en soins infirmiers, pour moi, c'est déjà nous donner des bases, au niveau théorique» | <p>Représentations vis-à-vis de la formation:</p> <p>- Représentations de l'étudiant</p> |
| | [...pour pouvoir les pratiquer... c'est dans les lieux de stage pour l'instant...] | C4 :11 : « pouvoir les pratiquer par exemple pour nous, c'est dans les lieux de stage pour l'instant » | <p>Articulation théorie/pratique :</p> <p>- Chemins de l'apprentissage</p> |
| | [...et pouvoir... par la suite en tant que professionnel...] | C4 : 11-13 : « et pouvoir justement par la suite, en tant que professionnel... approfondir cette pratique et toujours en continu avec des formations internes » | <p>Représentations vis-à-vis de la formation:</p> <p>- Représentations de l'étudiant</p> |
| | [... approfondir cette pratique et toujours en continu avec des formations internes...] | | |
| | [... ne pas oublier ce que l'on a appris et toujours être...à la page...] | C4 : 13-14 : « ne pas oublier ce que l'on a appris et toujours être, comment dire, pouvoir je ne sais pas si l'on peut dire, à la page » | <p>Représentations vis-à-vis de la formation:</p> <p>- Représentations de l'étudiant</p> |
| | [...pour pouvoir continuer d'être à jour par rapport aux nouveautés...] | C4 : 14-15 : « pour pouvoir continuer d'être à jour par rapport aux nouveautés aussi. » | <p>Représentations vis-à-vis de la formation:</p> <p>Représentations de l'étudiant</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>c5 :Donc, comment vous y prenez-vous, globalement pour essayer de faire les liens entre la théorie et la pratique, en fait ,avez-vous une méthodologie de travail particulière ou comment dans les trois ans, puisque vous êtes en troisième année, vous avez réussi à avoir une méthodologie de travail ou comment en fait vous avez appris à travailler dans ce système en alternance ?</p> <p>C5 :oui...?</p> <p>c6:qui n'est peut être pas évident au départ ?</p> <p>C6: Pas évident au départ, c'est sûr, ça demande une adaptation, je dirais même que pour avoir été aide soignant justement, je trouvais qu'il me manquait, euh, on va dire la théorie pour pouvoir, euh, parce que, voilà j'étais aide-soignant. Ça a été une expérience très enrichissante mais le fait de travailler souvent en collaboration avec l'infirmière, je me suis rendu compte que je faisais des choses, des fois ou je voyais plutôt l'infirmière faire des choses, il me manquait des choses, la théorie pour pouvoir comprendre certaines choses des actes que je pouvais faire. Comme je n'avais pas la théorie, je ne pouvais pas comprendre tout ce qu'elle faisait. Donc, d'où mon intérêt, pourquoi j'ai fait l'école d'infirmière. Pour pouvoir justement lier justement cette théorie à la pratique.</p> | <p>[...Pas évident au départ... ça demande une adaptation...]</p> <p>[...il me manquait...la théorie pour pouvoir ...comprendre certaines choses des actes...]</p> <p>[... d'où mon intérêt, pourquoi j'ai fait l'école d'infirmière...]</p> <p>[...Pour pouvoir...lier...cette théorie à la pratique...]</p> | <p>C6: 22-23: « Pas évident au départ, c'est sûr, ça demande une adaptation »</p> <p>C6 : 23-27 : « Je trouvais qu'il me manquait...on va dire la théorie pour pouvoir...comprendre certaines choses des actes que je pouvais faire. »</p> <p>C6 : 28-29 : « Donc, d'où mon intérêt, pourquoi j'ai fait l'école d'infirmière. »</p> <p>C6 : 29 : « Pour pouvoir justement lier justement cette théorie à la pratique. »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation: - Représentations de l'étudiant</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> |
|--|---|---|---|

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>c7 : D'accord. Aujourd'hui, en troisième année ?</p> <p>C7 : Oui, c'est vrai avec un petit peu plus de recul, même si je suis encore toujours au niveau apprentissage, je dirais, que maintenant, quand je fais un acte, je, j'essaye de comprendre pourquoi je le fais et comment je le fais. Je prends l'exemple, ne serait-ce que par rapport au corps humain, pour pouvoir faire des soins on a besoin de connaître la physiologie de, de l'être humain, comment il fonctionne et puis les pathologies et du coup, ça nous permet de comprendre pourquoi on fait tel ou tel soin. Le pourquoi et le comment. Et qu'elle est le, comment dire, la finalité. On a un objectif, est-ce qu'on l'atteint ou pas?</p> | <p>C7 : [...avec un petit peu plus de recul, même si je suis encore toujours au niveau apprentissage...]</p> <p>[...maintenant quand je fais un acte...j'essaye de comprendre pourquoi je le fais et comment je le fais...]</p> <p>[...pour pouvoir faire des soins on a besoin de connaître la physiologie...]</p> <p>[...de connaître les pathologies...ça nous permet de comprendre pourquoi on fait tel ou tel soin...]</p> <p>[...pourquoi...comment...finalité....]</p> <p>[...On a un objectif, est-ce qu'on l'atteint ou pas?</p> | <p>C7 :31-32: « Oui, c'est vrai avec un petit peu plus de recul, même si je suis encore toujours au niveau apprentissage, »</p> <p>C7 :32-33 : « maintenant, quand je fais un acte, je, j'essaye de comprendre pourquoi je le fais.et comment je le fais. »</p> <p>C7 :33-34 : « Je prends l'exemple, ne serait-ce que par rapport au corps humain, pour pouvoir faire des soins on a besoin de connaître la physiologie de, de l'être humain, »</p> <p>C7 : 34-35 : « comment il fonctionne et puis les pathologies et du coup, ça nous permet de comprendre pourquoi on fait tel ou tel soin. »</p> <p>C7 : 35-36 : « Le pourquoi et le comment. et qu'elle est le, comment dire, la finalité. »</p> <p>C7 : 36 : « On a un objectif, est-ce qu'on l'atteint ou pas? »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> |
|---|---|--|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>c8 : D'accord. Avez-vous rencontré en début ou pendant votre formation des difficultés dans cet apprentissage théorique ou le fait d'aborder certains contenus qui peuvent paraître abstraits ?</p> <p>C8 : Oui, effectivement, j'ai rencontré des difficultés, surtout dans les, on va dire, les trois premiers mois, euh, parce que, déjà, du fait que ça faisait un moment que j'ai quitté le cursus scolaire, j'étais aide-soignant et ça a été difficile, pour moi, de pouvoir, euh, et écouter et prendre des notes. Ça a été une étape assez difficile, difficile mais assez rapidement, on, j'ai pu, j'ai su, euh, m'adapter finalement et j'utilise beaucoup les fiches, je fais beaucoup de fiches, voilà.</p> | <p>C8 : [...j'ai rencontré des difficultés, surtout dans les trois premiers mois...]</p> <p>[...ça faisait un moment que j'ai quitté le cursus scolaire...]</p> <p>[...ça a été difficile pour moi, de pouvoir écouter et prendre notes...étape...]</p> <p>[...assez rapidement... j'ai pu, j'ai su m'adapter...]</p> <p>[...j'utilise beaucoup les fiches, je fais beaucoup de fiches...]</p> | <p>C8 : 39 : « Oui, effectivement, j'ai rencontré des difficultés, surtout dans les, on va dire, les trois premiers mois. »</p> <p>C8 : 40 : « Du fait que ça faisait un moment que j'ai quitté le cursus scolaire »</p> <p>C8 :40-42 : « j'étais aide-soignant et ça a été difficile, pour moi, de pouvoir, euh, et écouter et prendre des notes. ça a été une étape assez difficile »</p> <p>C8 : 42 : « j'ai pu, j'ai su... m'adapter finalement »</p> <p>C8 : 43 :« j'utilise beaucoup les fiches, je fais beaucoup de fiches. »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>c9 : Dans l'étude des situations cliniques, vous avez appris le raisonnement clinique notamment en première année, est-ce qu'aujourd'hui, arrivé en troisième année, vous pouvez dire que cela vous a aidé à établir des liens entre la théorie et la pratique ?</p> <p>C9 : En toute sincérité au début, je ne comprenais pas trop, en fait, le but de cette, euh..., de ce travail et finalement je me suis rendu compte après l'avoir utilisé, je me suis rendu compte vraiment, on prenait la personne dans sa globalité et je n'oubliais pas certaines choses comme par exemple euh, je l'utilise tout le temps maintenant, et, pourquoi, parce qu'en fait on prend les problèmes de santé, des fois on s'arrête au problème de santé et des fois on oublie le côté psychologique qu'on appelle les réactions humaines et en même temps des fois les risques, euh.</p> | <p>C9 : [...en toute sincérité, au début, je ne comprenais pas trop...le but...de ce travail...]</p> <p>[...finalement, je me suis rendue compte après l'avoir utilisé...on prenait la personne dans sa globalité...]</p> <p>[...je l'utilise tout le temps maintenant...]</p> <p>[...problèmes...santé...oublie...réactions humaines... risques...]</p> | <p>C9 : 47: « je ne comprenais pas trop, en fait, le but de...ce travail. »</p> <p>C9 : 48-49 : « Et finalement je me suis rendu compte après l'avoir utilisé, je me suis rendu compte vraiment, on prenait la personne dans sa globalité »</p> <p>C9 : 49-50 : « je n'oubliais pas certaines choses comme par exemple, euh, je l'utilise tout le temps maintenant »</p> <p>C9 : 50-52 : « on prend les problèmes de santé, des fois on s'arrête au problème de santé et des fois on oublie le côté psychologique qu'on appelle les réactions humaines et en même temps des fois les risques. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> |
| <p>c10 : D'accord.</p> <p>C10 : Quels sont les risques pour la personne, du coup je trouve que ce modèle tri-focal est vraiment très complet parce que on prend le côté, euh, voilà, les problèmes, on prend les risques et le côté psychologique de la personne, euh, ainsi que sa famille.</p> | <p>C10 : [...je trouve...vraiment...]</p> <p>[...ce modèle trifocal est vraiment très complet...]</p> <p>[...on prend les risques et le côté psychologique de la personne...ainsi que sa famille...]</p> | <p>C10 : 54-55: « Quels sont les risques pour la personne, du coup je trouve que ce modèle trifocal est vraiment très complet »</p> <p>C10 :55-56 : « on prend les risques et le côté psychologique de la personne, euh, ainsi que sa famille. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> |

*¹ Lire : Apprentissage du raisonnement clinique

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>c11 : Et là, vous êtes en stage, est-ce que vous l'utilisez plus naturellement ?</p> <p>C11 : Je le fais plus naturellement parce que c'est quelque chose que j'ai fait dès le départ et donc j'ai toujours continué dans ce sens et ce qui m'a fait plaisir aussi, c'est que lors de mon stage précédent, là, euh, je me suis rendu compte parce qu'il y avait une élève aide soignante et je me suis rendu compte que, eux aussi, ils utilisent aussi, le modèle trifocal et du coup elle avait du mal à comprendre, euh, elle m'avait demandé si ça me parlait donc j'ai dit oui on l'utilise aussi. Donc j'ai pu lui apporter toutes mes connaissances par rapport à ça. Je me suis rendu compte que finalement ce n'est pas que pour les étudiants infirmiers, les étudiants aide soignants l'utilisent.</p> | <p>C11 : [...je le fais plus naturellement...]</p> <p>[...j'ai fait dès le départ...j'ai toujours continué dans ce sens...]</p> <p>[...ce qui m'a fait plaisir aussi...]</p> <p>[...eux aussi...utilisent...modèle tri-focal...]</p> <p>[...apporter toutes mes connaissances...]</p> | <p>C11 : 58 : « Je le fais plus naturellement »</p> <p>C11 : 58 : « parce que c'est quelque chose que j'ai fait dès le départ. »</p> <p>C11 : 59 : « Ce qui m'a fait plaisir aussi, »</p> <p>C11 : 59-61 : « lors de mon stage précédent..., je me suis rendu compte parce qu'il y avait une élève aide soignante ...eux aussi, ils utilisent aussi, le modèle tri focal. »</p> <p>C11 : 62-63 : « Donc j'ai pu lui apporter toutes mes connaissances par rapport à ça. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> |
| <p>c12 : oui effectivement</p> <p>C12 : Et j'ai pu expliquer ça aussi à certains professionnels qui étaient intéressés en stage.</p> | <p>C12: [...j'ai pu expliquer ça aussi à certains professionnels...intéressés en stage ...]</p> | <p>C12: 66 : « j'ai pu expliquer ça aussi à certains professionnels qui étaient intéressés en stage. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ - Modèle trifocal</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>c14 : Oui, je comprends. Au niveau des connaissances théoriques et puisque le raisonnement clinique c'est aussi partir d'informations, d'indices, cela a-t-il créé, chez vous le besoin d'aller rechercher des informations supplémentaires? Cela a-t-il aiguisé votre perception des situations ?</p> <p>C14 : Oui, en fait, ce que je voulais dire c'est que je me rends compte quand même qu'avec toute la théorie que l'on a pu avoir, je me suis rendu compte, maintenant, euh, aujourd'hui on a un raisonnement clinique beaucoup plus approfondi et je pourrais même parler du haut raisonnement clinique. Euh... cela nous permet d'avoir plus d'ouverture, de, de, d'analyse.</p> | <p>C14 : [...je me rends compte...quand même qu'avec toute la théorie...]</p> <p>[...maintenant...aujourd'hui...]</p> <p>[...on a un raisonnement clinique beaucoup plus approfondi...haut raisonnement clinique...]</p> <p>[...ouverture...]</p> <p>[...analyse...].</p> | <p>C14 : 73-75: « je me rends compte quand même qu'avec toute la théorie que l'on a pu avoir »</p> <p>C14 :75 : « je me suis rendu compte maintenant, euh, aujourd'hui »</p> <p>C14 : 75-76 :« on a un raisonnement clinique beaucoup plus approfondi et je pourrais même parler du haut raisonnement clinique. »</p> <p>C14 : 77 :« cela nous permet d'avoir plus d'ouverture, de, de, d'analyse. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation - Représentations de l'étudiant</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> |
| <p>c15 : Cela vous a aidé à développer la capacité d'analyse?</p> <p>C15 : Oui, à analyser ce que je n'avais pas en début de formation.</p> | <p>C15 : [...analyser...]</p> <p>[...ce que je n'avais pas en début de formation...]</p> | <p>C15 : 78 : « à analyser ce que je n'avais pas en début de formation. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> |
| <p>c19 : Oui, allez-y parlez-nous de cela, c'est les deux de toute façon, c'est le stage et l'IFSI.</p> <p>C19 : Oui, c'est vrai que des fois on voit un petit fossé entre ce qu'on nous apprend à l'école et puis la réalité. Euh, toujours est-il que je pense que c'est quand même important de savoir les bases, on va dire, un travail de qualité et quelque chose de ce qui devrait être fait dans le meilleur des cas.</p> | <p>C19 : [...des fois...]</p> <p>[...petit fossé...]</p> <p>[...entre ce qu'on nous apprend à l'école...et la réalité...]</p> <p>[...quand même important de savoir les bases...]</p> <p>[... un travail de qualité...]</p> | <p>C19 : 91 : « C'est vrai que des fois on voit un petit fossé »</p> <p>C19 : 91 : « entre ce qu'on nous apprend à l'école et puis la réalité »</p> <p>C19 : 92 : « je pense que c'est quand même important de savoir les bases, on va dire, un travail de qualité »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>c20 : Oui.</p> <p>C20 : Pour avoir une qualité des soins pour le patient donc je trouve que c'est bien qu'on ait ces bases là à l'école. Euh, après, au niveau pratique, on est toujours amenés, ...on se questionne toujours pour, pour arriver à une qualité des soins. Alors des fois il y a des obstacles, euh, on dit souvent par la surcharge de travail, par le manque de personnel. Moi, je trouve que si déjà à l'école on ne nous donne pas, on va dire, ce qui devrait être le mieux, euh, si on n'a pas ces bases là: qu'est-ce que ça va donner en stage? Je veux dire par là, on, ... si on n'a pas les bonnes méthodes dès le départ, euh, en sachant que concrètement il va y avoir des, euh...certaines choses que l'on ne pourra faire entièrement mais si on n'a pas ces bases solides, on, euh... je crains que notre travail après, en tant que professionnel se dégrade. Déjà partir sur quelque chose de, de, euh..., je n'arrive pas à trouver le mot.</p> | <p>C20 : [...qualité des soins pour le patient...]</p> <p>[...c'est bien qu'on ait ces bases là à l'école...]</p> <p>[...au niveau pratique...on se questionne toujours pour arriver à une qualité des soins...]</p> <p>[...il y a des obstacles...]</p> <p>[...si on n'a pas les bonnes méthodes dès le départ]</p> <p>[...je crains que notre travail après, en tant que professionnel se dégrade...]</p> | <p>C20 :95: « Pour avoir une qualité des soins pour le patient »</p> <p>C20 : 95-96 : « donc je trouve que c'est bien qu'on ait ces bases là à l'école. »</p> <p>C20 : 96-97 : « au niveau pratique on est toujours amenés,...on se questionne toujours pour, pour arriver à une qualité des soins. »</p> <p>C20 : 97 : « Alors des fois il y a des obstacles »</p> <p>C20 : 99-100 :« Je veux dire par là, on si on n'a pas les bonnes méthodes dès le départ »</p> <p>C20 : 101-102 : « mais si on n'a pas ces bases solides on, je crains que notre travail après, en tant que professionnel se dégrade. »</p> | <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> |
|--|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>c22 : Et alors justement le raisonnement clinique permet-il, selon vous, de mieux appréhender les connaissances ?</p> <p>C22 : Pour moi le raisonnement clinique, je reviens au modèle trifocal, je trouve qu'il y a rien de superflu puisqu'on parle des problèmes, qu'est-ce que la personne présente comme problème qu'est-ce qu'elle risque d'avoir. Donc on est toujours dans quelque chose de ... qui peut arriver. Et ben, comment elle est, qu'est-ce qu'elle ressent ? Pour moi le modèle trifocal, il est pas subjectif pour moi, il est vraiment objectif.</p> | <p>C22 : [...raisonnement clinique...modèle trifocal]</p> <p>[...il n'y a rien de superflu...]</p> <p>[...ce qu'elle ressent...]</p> <p>[...le modèle tri focal il est pas subjectif...il est vraiment objectif...]</p> | <p>C22 : 108: « Pour moi le raisonnement clinique, je reviens au modèle trifocal »</p> <p>C22 : 108-109 : « je trouve qu'il y a rien de superflu puisqu'on parle des problèmes »</p> <p>C22 : 109-110 : « qu'est-ce que la personne présente comme problème qu'est-ce qu'elle risque d'avoir. Comment elle est, qu'est-ce qu'elle ressent ? »</p> <p>C22 : 111-112 :« " Pour moi le modèle trifocal, il est pas subjectif pour moi, il est vraiment objectif. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> |
| <p>c23 : Il concrétise, il aide à concrétiser ?</p> <p>C23 : Oui, voilà, tout à fait, il concrétise pour moi. On est dans le vrai, ça me parle en fait.</p> | <p>C23 :[...Concrétise...]</p> <p>[...le vrai...]</p> <p>[...ça me parle...]</p> | <p>C23 : 114: « Oui, voilà, tout à fait, il concrétise pour moi. »</p> <p>C23 : 114 : « On est dans le vrai, ça me parle en fait. »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>c24 :Vous, comment vous y prenez-vous pour apprendre ? Qu'en pensez-vous de cette façon d'apprendre ? Là, ce que vous me dites, c'est avoir les bases solides pour pouvoir se questionner et bien faire après dans la pratique ? Mais comment faites vous en stage, quand vous n'avez pas encore étudié la théorie ? Qu'auriez-vous envie de dire là-dessus ?</p> <p>C24 : Je dirais qu'effectivement quand on n'a pas étudié une certaine pathologie avant le stage, euh, pour moi, c'est un obstacle, euh car du coup on ne comprend pas trop notre démarche et les professionnels nous renvoient, mais tout de suite ils s'en rendent compte, hein..., ils s'en rendent compte qu'il nous manque quelque chose.</p> | <p>C24 : [...on n'a pas étudié...avant le stage] [...c'est un obstacle...] [...comprend pas...]</p> <p>[...les professionnels nous renvoient...]</p> <p>[...ils s'en rendent qu'il nous manque quelque chose...]</p> | <p>C24 :118-121: « Je dirais qu'effectivement quand on n'a pas étudié une certaine pathologie avant le stage, euh, pour moi, c'est un obstacle car du coup on ne comprend pas trop notre démarche »</p> <p>C24 : 120-121 :« les professionnels nous renvoient »</p> <p>C24 :121-122 : « mais tout de suite ils s'en rendent compte,... ils s'en rendent compte qu'il nous manque quelque chose. »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> <p>Accompagnement*² : - Dimension pédagogique</p> <p>Accompagnement*² : - Dimension pédagogique</p> |
|--|--|---|--|

*²Lire Accompagnement dans l'apprentissage du raisonnement clinique

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>c25 : Alors qu'est-ce qu'ils vous renvoient, est ce que cela vous est arrivé ?</p> <p>C25 : Oui, cela m'est arrivé quand j'étais en stage en psychiatrie. On avait étudié la, euh, le processus psychopathologique mais on n'avait pas tout étudié d'un coup. Il me manquait certaines choses, je l'ai ressenti au niveau des stages parce que des fois quand ils parlaient, des fois il y avait des mots, euh des mots employés qui ne me parlaient pas parce qu'on ne les avait pas encore étudiés. Donc, du coup, pour pallier à ça, il a fallu que chez moi, que je reprenne, finalement je faisais une recherche, j'avais le travail qu'on allait avoir en cours du coup j'allais au renseignement, j'allais, par exemple sur internet ou sur les livres que je peux avoir à la maison. On achète des livres pour comprendre, pour en savoir un petit peu plus. Mais je dirais que c'est quand même important d'avoir les cours avant d'aller en stage.</p> | <p>C25 : [... tout étudié...il me manquait certaines choses]</p> <p>[...des mots... pas encore étudiés...]</p> <p>[...pour pallier à ça...] [...chez moi...]</p> <p>[... je reprenne...]</p> <p>[...je faisais une recherche...j'allais au renseignement...]</p> <p>[... j'avais le travail...]</p> <p>[...internet...livres...]</p> <p>[...On achète des livres...]</p> <p>[...pour comprendre...]</p> <p>[... savoir...plus...]</p> <p>[...Mais...important d'avoir les cours avant d'aller en stage.]</p> | <p>C25 : 125: « mais on n'avait pas tout étudié d'un coup, il me manquait certaines choses »</p> <p>C25 : 126-127 :« des fois il y avait des mots, des mots employés qui ne me parlaient pas parce qu'on ne les avait pas encore étudiés. »</p> <p>C25 :128 : « Donc, ...pour pallier à ça, il a fallu que chez moi, que je reprenne »</p> <p>C25 : 128-129 : « finalement je faisais une recherche, j'avais le travail qu'on allait avoir en cours. Du coup j'allais au renseignement, »</p> <p>C25 : 129-130 : « j'allais, par exemple sur internet ou sur les livres que je peux avoir à la maison. »</p> <p>C25 :130 : « On achète des livres pour comprendre, pour en savoir un petit peu plus. »</p> <p>C25 : 131-132 : « Mais je dirais que c'est quand même important d'avoir les cours avant d'aller en stage. »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins d'apprentissage</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins d'apprentissage</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins d'apprentissage</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins d'apprentissage</p> |
|--|--|---|---|

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>c27 : Comme là, vous arrivez en fin de cursus, comment vivez vous ça maintenant ? Ce que vous avez appris en stage, cette façon là, est-elle plus ou moins ancrée ? Que pouvez-vous dire ? Cela m'intéresse de savoir si effectivement passer du réussir-comprendre ou comprendre-réussir d'un côté ce serait appliquer une théorie pour s'en servir, on apprend dans les deux sens finalement.</p> <p>C27: Et bien, je dirais maintenant avec du recul, je dirais que c'est complémentaire. Finalement je me suis adaptée puisque ce n'était pas parce que je n'avais pas eu les cours avant, que je ne pouvais plus comprendre puisque j'allais moi-même à la recherche des informations pour comprendre et du coup, en pratiquant en stage c'était plus concret et je comprenais mieux. Et je dirais quand même que c'est complémentaire qu'on puisse commencer par la théorie ou la pratique de toutes les façons, c'est quelque chose, euh,... ils sont liés, et euh... On apprend au niveau théorique et on applique, ou on applique et on va chercher à comprendre pourquoi. Je ne sais pas comment expliquer cela.</p> | <p>C27: [... avec du recul...]</p> <p>[... c'est complémentaire ...]</p> <p>[... adaptée...]</p> <p>[... moi-même...]</p> <p>[... à la recherche des informations pour comprendre]</p> <p>[... concret et je comprenais mieux...]</p> <p>[...commencer...la théorie ou la pratique de toutes les façons...ils sont liés...]</p> <p>[...on apprend...]</p> <p>[... au niveau théorique et on applique ou on applique et on va chercher à comprendre pourquoi...]</p> | <p>C27: 142: « je dirais maintenant avec du recul »</p> <p>C27 : 142 : « je dirais que c'est complémentaire »</p> <p>C27 : 142-143 :« finalement je me suis adaptée »</p> <p>C27 : 144 : « j'allais moi-même à la recherche des informations pour comprendre »</p> <p>C27 : 145 :« en pratiquant en stage c'était plus concret et je comprenais mieux. »</p> <p>C27 : 146-147 : « c'est complémentaire qu'on puisse commencer par la théorie ou la pratique de toutes les façons, c'est quelque chose, ils sont liés »</p> <p>C27 :147-148 :« on apprend au niveau théorique et on applique, ou on applique et on va chercher à comprendre pourquoi ».</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins d'apprentissage</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins d'apprentissage</p> |
|--|---|--|---|

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>c28 : A l'IFSI, vous avez des cours magistraux avec des médecins ou des universitaires où vous abordez des pathologies. Vous étudiez des situations cliniques lors de travaux dirigés avec les formateurs. Ces contenus peuvent parfois rester abstraits tant que vous ne les avez pas rencontrés en stage ?</p> <p>C28 : Oui, j'ai déjà été plusieurs fois confronté à cette situation. Car on nous explique des choses au niveau théorique cela nous parle mais sans plus. Et c'est vraiment en rencontrant la situation en stage que, du coup, on assimile plus facilement et on retient plus facilement euh, ce travail en fait.</p> | <p>C28 : [... plusieurs fois confronté...]</p> <p>[...au niveau théorique ...nous parle mais sans plus...]</p> <p>[...c'est vraiment en rencontrant la situation en stage ...]</p> <p>[...assimile...retient plus facilement...]</p> | <p>C28 : 153 « j'ai déjà été plusieurs fois confronté à cette situation »</p> <p>C28 : 153-154 : « on nous explique des choses au niveau théorique cela nous parle mais sans plus »</p> <p>C28 : 154 : « c'est vraiment en rencontrant la situation en stage »</p> <p>C28 : 155 : « que, du coup, on assimile plus facilement et on retient plus facilement euh, ce travail en fait »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins d'apprentissage</p> |
|--|--|---|---|

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>c33 : Ce n'est pas grave. Et si vous deviez conseiller quelqu'un qui entre en formation en soins infirmiers, par rapport à ses méthodes d'apprentissage, que lui diriez-vous ? On en a déjà parlé mais c'est peut être plus clair maintenant ?</p> <p>C33 : Oui, que pourrais-je dire ? c'est euh, euh, qu'il est important de concilier la pratique à la théorie l'un ne va pas sans l'autre, pour moi, puisque le but, euh, la finalité de cet apprentissage, c'est de pouvoir être autonome dans notre travail, dans notre futur travail en tant qu'infirmier. Donc il est important que ce qu'on a appris à l'école, que l'on puisse savoir se débrouiller par la suite dans, euh, dans, euh, au travail. L'un ne va pas sans l'autre et de toute façon, ce que j'ai remarqué aussi c'est que, même étant infirmier, j'ai vu qu'il y a des formations internes, il y a des, euh voilà. Il faut toujours, en fait, s'informer, actualiser ses connaissances, parce que c'est un métier où il y a beaucoup de nouveautés et je pense que c'est important que l'on soit toujours à s'actualiser.</p> | <p>C33 : [... concilier la pratique à la théorie l'un ne va pas sans l'autre...]</p> <p>[...le but... la finalité ...pouvoir être autonome]</p> <p>[...dans notre futur travail en tant qu'infirmière...]</p> <p>[...savoir se débrouiller dans...] [...savoir se débrouiller au travail...]</p> <p>[...même étant infirmier... formations internes...]</p> <p>[...Il faut toujours...s'informer, actualiser ses connaissances...]</p> <p>[...métier...nouveautés...important ...toujours...à s'actualiser...]</p> | <p>C33 : 170-171 : « il est important de concilier la pratique à la théorie l'un ne va pas sans l'autre »</p> <p>C33 : 171-172 : « puisque le but, euh, la finalité de cet apprentissage, c'est de pouvoir être autonome dans notre travail, dans notre futur travail en tant qu'infirmier. »</p> <p>C33 :172-174 : « Donc il est important que ce qu'on a appris à l'école, que l'on puisse savoir se débrouiller par la suite dans, dans, euh, au travail. »</p> <p>C33 : 174-175 : « j'ai remarqué aussi c'est que, même étant infirmier, j'ai vu qu'il y a des formations internes »</p> <p>C33 : 175-176 : « Il faut toujours, en fait, s'informer, actualiser ses connaissances »</p> <p>C33 : 176-177 : « parce que c'est un métier où il y a beaucoup de nouveautés et je pense que c'est important que l'on soit toujours à s'actualiser »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> |
|---|--|---|---|

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>c34 : Et est-ce que cela vous plaît, parce que vous avez un grand sourire en disant cela, est-ce plaisant ? Aujourd'hui, cela ne vous fait pas peur de devoir apprendre tout le temps, en vous disant que cela va continuer même diplômé?</p> <p>C 34: Moi, je trouve qu'on a de la chance d'avoir un métier où on peut toujours, en fait, c'est toujours une évolution, une progression,... s'enrichir régulièrement. Et je trouve qu'on a de la chance d'avoir cette possibilité là. Le métier d'infirmier, pour moi, c'est un métier où on évolue toujours. Et je trouve qu'au contraire s'actualiser c'est quelque chose, c'est tout en mon honneur quoi, je me dis voilà, je vais pouvoir aussi avoir des connaissances, plus de connaissances. S'enrichir et puis apporter aux autres aussi.</p> | <p>C34: [... chance ... métier... évolution... progression, s'enrichir régulièrement ...]</p> <p>[...on évolue toujours...]</p> <p>[...c'est tout en mon honneur...]</p> <p>[...je vais pouvoir aussi avoir des connaissances plus de connaissances...]</p> <p>[...s'enrichir...]</p> <p>[... apporter aux autres aussi...]</p> | <p>C34:181-182 : « je trouve qu'on a de la chance d'avoir un métier où on peut toujours, en fait, c'est toujours une évolution, une progression, s'enrichir régulièrement »</p> <p>C34 :183 : « Le métier d'infirmier, pour moi c'est un métier où on évolue toujours »</p> <p>C34 : 183-184 : « je trouve qu'au contraire s'actualiser c'est quelque chose, c'est tout en mon honneur »</p> <p>C34 : 184-185 : « je vais pouvoir aussi avoir des connaissances plus de connaissances »</p> <p>C34 : 185 : « s'enrichir et puis apporter aux autres aussi. »</p> | <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> |
|---|---|--|---|

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>c36 : Qu'attendez-vous du formateur dans l'étude des situations cliniques ? Que ce soient celles qu'il vous présente à l'IFSI ou celles que vous lui présentez en stage. Avez-vous des attentes par rapport au formateur ?</p> <p>C37 : Oui je dirais qu'honnêtement, au début de la formation on comprenait pas trop, euh, quand les formateurs nous expliquaient en fait ce nouveau référentiel, par rapport justement au raisonnement clinique. Ça a été dur pour nous les étudiants, de pouvoir accepter qu'il y a une nouveauté. Donc, j'ai trouvé que les formateurs, c'était, euh... honnêtement, euh... c'est comme cela que je le ressens maintenant, ils ont fait preuve de beaucoup de, euh, voilà. Ils ont réussi à nous amener quand même vers quelque chose de nouveau, pour qu'on puisse s'adapter en fait. Ils nous ont aidés à s'adapter à cette nouvelle réforme. Donc, les attentes pour moi c'est, euh..., l'accompagnement dans quelque chose qui change un petit peu euh... Ça a été réussi pour moi en tout cas, je l'utilise tout le temps.</p> | <p>C37 : [...au début de la formation on comprenait pas...raisonnement clinique...]</p> <p>[...Ça a été dur ... accepter ... nouveauté...]</p> <p>[... je le ressens maintenant...]</p> <p>[...les formateurs ont réussi...vers quelque chose de nouveau pour qu'on puisse s'adapter...]</p> <p>[..les attentes pour moi..l'accompagnement...]</p> <p>[...ça a été réussi pour moi... je l'utilise tout le temps...]</p> | <p>C37 :195 « au début de la formation on comprenait pas trop...quand les formateurs nous expliquaient en fait ce nouveau référentiel, par rapport justement au raisonnement clinique. »</p> <p>C37 : 197 :« Ça a été dur pour nous les étudiants, de pouvoir accepter qu'il y a une nouveauté. »</p> <p>C37 : 197-198 : « Donc, j'ai trouvé que les formateurs, ...c'est comme cela que je le ressens maintenant »</p> <p>C37 : 199-200 : « ils ont fait preuve de beaucoup de, euh, voilà, ils ont réussi à nous amener quand même vers quelque chose de nouveau, pour qu'on puisse s'adapter »</p> <p>C37 : 201-202 : « Donc, les attentes pour moi c'est, euh, l'accompagnement dans quelque chose qui change un petit peu »</p> <p>C37 : 202 : « Ça a été réussi pour moi en tout cas, je l'utilise tout le temps »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations de l'étudiant</p> <p>Accompagnement*²: - Dimension pédagogique</p> <p>Accompagnement*² : - Dimension pédagogique</p> |
| <p>c40 : Car vous, vous étiez partie de la démarche de soins initiale avec les quatorze besoins de Virginia Henderson ? C'est ça que vous voulez me dire ?C40 : Oui, d'autant plus, que j'avais fait l'école d'aide-soignant et ce raisonnement là, donc, c'était ça en fait de pouvoir voir, euh... un autre point de vue. La difficulté, c'était d'accepter ça, en fait.</p> | <p>C40 : [...raisonnement là...pouvoir voir...un autre point de vue...].</p> <p>[... difficulté...accepter... en fait...]</p> | <p>C40: 208-209: « J'avais fait l'école d'aide-soignant et ce raisonnement là, donc, c'était ça en fait de pouvoir voir, euh... un autre point de vue. »</p> <p>C40 :212 : « La difficulté, c'était d'accepter ça, en fait. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>c41 : D'accord.</p> <p>C41 : Euh...ça m'a permis de ne pas oublier certains éléments qui peuvent être importants pour le patient. Donc je me dis que, euh..., après une fois que c'est expliqué correctement, euh... c'est bien, ça nous permet, euh, on comprend le pourquoi et le comment, voilà.</p> | <p>C41 : [...je me dis que...] [...expliqué correctement...permet... comprend ...]</p> | <p>C41 : 215 : « Donc je me dis que... après une fois que c'est expliqué correctement... on comprend le pourquoi et le comment, voilà. »</p> | <p>Accompagnement*2: - Dimension didactique</p> |
|---|--|--|--|

6.3.3.2. Grille d'analyse contenu de l'entretien de Dominique , formateur

| Grille d'analyse de l'entretien de Dominique, formateur | | | |
|--|---|--|---|
| Interactions | Unités de sens | Propositions | Thèmes et sous thèmes |
| d1 : Pensez-vous que l'apprentissage dans un système d'alternance aille de soi ? D1 : Pour l'étudiant ? | | | |
| d2 : Pour l'étudiant infirmier qui arrive en formation quelque soit son cursus antérieur Cela pose la question de l'apprentissage en alternance. D2 : Oui. Oui; euh, alors, est-ce que... Pas forcément , je pense qu'il peut faire une scission entre l'apprentissage théorique à l'école et l'apprentissage dit pratique en stage. | D2 : [...scission entre l'apprentissage théorique à l'école et l'apprentissage dit pratique en stage] | D2 : 5-6 : « Je pense qu'il peut faire une scission entre l'apprentissage théorique à l'école et l'apprentissage dit pratique en stage. » | Articulation théorie/pratique : - Difficultés |
| d3 : Si je reformule, c'est l'étudiant qui peut faire une scission entre les deux temps et les deux lieux ? D3 : Voilà, entre les temps et les deux lieux , et parfois être en difficulté pour , euh..., combiner. (<i>rires</i>) | D3 : [... entre les temps et les deux lieux...] [...en difficulté pour... combiner...] | D3 : 9 : « ... entre les temps et les deux lieux, » D 3 : 9 : « parfois être en difficulté pour, euh..., combiner. » | Articulation théorie/pratique : - Difficultés |
| d4 : Combiner quoi ? D4 : Justement combiner ce qu'il apprend à l'école, les ressources de ce qu'il apprend à l'école, les ressources de l'école, les ressources du stage et, je reprends le mot un peu, scission , voilà, ce qu'il apprend à l'école , c'est très théorique , et parfois il a du mal à utiliser ses connaissances théoriques , à s'en servir pour analyser une situation en, en ...stage. | D4 : [...combiner...apprend ressources de l'école et les ressources du stage] [... il a du mal...] [...scission...école...très théorique...] [...utilise ses connaissances théoriques... une situation en stage...] | D4 : 11-12 : « Justement combiner ce qu'il apprend à l'école, les ressources de ce qu'il apprend à l'école, les ressources de l'école, les ressources du stage » D4 : 13 : « parfois il a du mal à utiliser ses connaissances théoriques ... » D4 : 12-13 : « je reprends le mot... scission..., ce qu'il apprend à l'école, c'est très théorique... » D4 : 13-14 : « il a du mal à utiliser ses connaissances théoriques, à s'en servir pour analyser une situation en ...stage. » | Articulation théorie/pratique : - Difficultés Articulation théorie/pratique : - Difficultés Articulation théorie/pratique : - Difficultés |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>d5 : Et des deux côtés ? D5 : Oui d6 : C'est-à-dire autant quand le formateur peut aller les voir en stage, autant quand vous les avez en cours ou en travaux dirigés, qu'est ce qui vous fait dire ça ? D6 : Surtout, enfin, euh, ce qui me fait dire ça, c'est que parfois ils vous disent : « oui, mais vous vous nous avez <u>appris ça à l'école</u> mais moi, <u>en stage</u> je n'ai pas vu la même chose.</p> | <p>D6 : [...appris ça à l'école ...en stage ... pas vu la même chose.]</p> | <p>D6 : 19-20 : « ... mais vous vous nous avez appris ça à l'école mais moi, en stage je n'ai pas vu la même chose. »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> |
| <p>d7 : Une forme de décalage ? D7 : Oui, c'est une forme du <u>décalage</u>, mais surtout que, en fait, <u>on peut dire la même chose</u> mais qu'ils <u>l'inter-prè-tent</u> différemment. Ou alors que, euh, <u>sur le terrain</u> on ne le met pas forcément en mots et donc ils font, ils font ce que ... ce qu'on a <u>appris à l'école</u> c'est pas retransférer. Alors que parfois, quand on va en <u>visite de stage</u> et que le tuteur est là : là, par contre, c'est intéressant parce que, lui le tuteur justement, il, il fait le lien. Souvent le tuteur est important car nous on reste le formateur, le théoricien. Le tuteur est dans la pratique mais, il y a quand même des tuteurs qui sont très pointus, et eux, ils arrivent à dire à l'étudiant : « Mais, tu vois, ça, cette connaissance là, elle t'est nécessaire pour... »</p> | <p>D7 : [...décalage...] [...on peut dire la même chose ...ils l'inter-prè-tent différemment...] [...sur le terrain... pas forcément en mots ...] [... appris à l'école ...pas retransférer]. [...visite de stage...tuteur... fait le lien...] [... tuteur... important ... formateur... théoricien...] [...tuteur... pratique ...] [...tuteurs... très pointus... eux, ils arrivent à dire à l'étudiant...] « ...ça, cette connaissance là...nécessaire pour... »</p> | <p>D7 : 22: « c'est une forme du décalage » D7 : 23 :« ils <u>l'inter-prè-tent</u> différemment. » D7 : 23 : « ... sur le terrain on ne le met pas forcément en mots... » D7 : 24 : « ce qu'on a appris à l'école c'est pas retransférer. » D7 : 24-26 : « quand on va en visite de stage et que le tuteur est là : là, par contre, c'est intéressant parce que, lui le tuteur justement, il, il fait le lien. » D7 : 26 : « Souvent le tuteur est important car nous on reste le formateur, le théoricien. » D7 : 27 : « Le tuteur est dans la pratique » D7 : 27 : « il y a ... des tuteurs qui sont très pointus, et eux, ils arrivent à dire à l'étudiant ...» D7 : 28 : « tu vois, ça, cette connaissance là. elle t'est nécessaire pour... »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur Accompagnement*² : - Dimension pédagogique Articulation théorie/pratique : - Difficultés Accompagnement*²: - Dimension pédagogique Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur Accompagnement*²- Dimension pédagogique Accompagnement*²- Dimension pédagogique</p> |

*² Lire Accompagnement dans l'apprentissage du raisonnement clinique

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>d12 : Y a-t-il d'autres choses que vous avez pu pointer chez d'autres étudiants ? D12 : Euh ...Peut-être aussi, que, euh... souvent quand même, en tout cas quand ils arrivent, leur demande, enfin leur besoin, leur envie quand ils arrivent, leur demande c'est pratiquer...voilà, pratiquer.</p> | <p>D12 : [...quand ils arrivent,...] [...demande,... besoin,...envie pratiquer...]</p> | <p>D12 : 45-46 : « ...quand ils arrivent, leur demande, enfin leur besoin, leur envie quand ils arrivent, leur demande c'est pratiquer... »</p> | <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur</p> |
| <p>d13 : Pratiquer c'est faire des gestes ? D13 : Oui, c'est ça, pratiquer c'est faire des gestes. Et nous, cela fait partie de la formation, de notre enseignement mais c'est une tou-oute petite partie, quand même. Puisque nous, on est plus dans... les faire réfléchir, les faire analyser, les faire, etc. Et que, du coup, je pense que pour eux, ça, c'est un peu difficile. Leur, euh...parfois pour certains étudiants, on se rejoint pas. C'est-à-dire que c'est toujours leur demande de pratiquer, de techniques, de gestes, etc. Et, ils n'arrivent pas à rejoindre nous, no-tre objectif, qui est, certes, de les faire pratiquer, agir, faire, mais surtout de leur faire comprendre ce qu'ils font. Alors c'est une petite partie d'étudiants, et c'est surtout en première année. Après il me semble quand même qu'en troisième année, il y en a qui ont compris.</p> | <p>D13 : [... pratiquer...gestes...] [...pratiquer... notre enseignement...tou-oute petite partie...] [...nous, on est plus dans...faire réfléchir...les faire analyser...] [...pour eux... difficile...] [...pour certains étudiants on se rejoint pas...] [...leur demande de pratiquer...techniques... de gestes...] [...à rejoindre no-tre objectif... leur faire comprendre ce qu'ils font...] [...surtout en première année...] [...en troisième année...]</p> | <p>D13 : 48 « ... pratiquer c'est faire des gestes. » D13 : 48-49 : « cela fait partie de la formation, de notre enseignement mais c'est une tou-oute petite partie. » D13 : 49-50 :« Puisque nous, on est plus dans... les faire réfléchir, les faire analyser » D13 : 50-51 :« ... je pense que pour eux, ça, c'est un peu difficile. » D13 : 51 : «...parfois pour certains étudiants, on se rejoint pas. » D13 : 51-52 : « C'est... toujours leur demande de pratiquer, de techniques, de gestes ... » D13 :52-53 : « Et, ils n'arrivent pas à rejoindre nous, no-tre objectif, qui est... de les faire pratiquer, agir, faire mais surtout de leur faire comprendre ce qu'ils font. » D13 : 54-55 : « Alors c'est une petite partie d'étudiants, et c'est surtout en première année. Après il me semble ... qu'en troisième année, il y en a qui ont compris. »</p> | <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur - Représentations du formateur - Représentations du formateur - Représentations du formateur - Représentations du formateur - Représentations du formateur</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>d14 : Il y a un cheminement ? D14 : Oui, il y a un cheminement.</p> | <p>D14 : [...cheminement...]</p> | <p>D14 : 57 : « Oui, il y a un cheminement. »</p> | <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur</p> |
| <p>d15 : Mais cela peut représenter une difficulté pour l'étudiant ? D15 : Voilà et que surtout, effectivement, mais, souvent en première année, et puis même, ils nous le renvoient souvent : « On ne fait pas assez de pratique ». Je pense que c'est parce qu'ils ont besoin d'être rassurés. Mais, euh, euh... je pense qu'ils ont du mal à faire le lien entre...<u>nous</u>, ce que l'on apprend à l'école <u>et</u> ce que, <u>eux</u>, ils ont envie d'apprendre. Je pense que, eux, ils trouvent qu'il y a un décalage. Qu'on ne fait pas assez de pratique, pas assez de technique mais on va peut-être le résoudre avec les simulations, en partie. (rises) Voilà. Euh... Quoi d'autre encore ? Y a-t-il une autre difficulté? Ce que j'ai déjà dit, que euh... certains trouvent qu'il y a un décalage. Enfin, moi, ce que j'exprime comme un i-idéal (bas), en tout cas vers quoi on les mène, vers la qualité. On ne peut pas faire autrement que les mener vers <u>ça</u>. Et que, ...ils sont confrontés parfois à des réalités de terrain, où...i-ils sentent qu'ils ne pourront pas, peut-être, faire de la qualité. Et ça, je le ressens d'autant plus, parfois avec des troisième année, quand on leur demande où ils veulent aller travailler. Ils nous disent : «Je veux pas aller à l'hôpital. ...Non, je ne veux pas aller à l'hôpital parce qu'à l'hôpital, il faut faire tout vite : le patient rentre et quand il rentre, il faut penser à sa sortie, on n'a pas le temps d'entrer en relation ». C'est vrai que nous, à l'IFSI, on centre beaucoup notre travail sur la relation. Et que, voilà,... je pense que cela peut être une difficulté dans notre formation en alternance.</p> | <p>D15 : [...pas assez de pratique ...]</p> <p>[...faire le lien entre...<u>nous</u>,...<u>et</u>...<u>eux</u>...envie d'apprendre...]</p> <p>[...décalage...]</p> <p>[...simulations...]</p> <p>[... j'exprime comme un i-idéal...vers quoi on les mène, vers la qualité.]</p> <p>[... pas faire autrement que les mener vers <u>ça</u>....]</p> <p>[... confrontés... réalités de terrain...ils sentent ... ne pourront pas...qualité...]</p> <p>[...à l'IFSI...centre beaucoup... travail sur la relation.]</p> | <p>D15 : 60 « On ne fait pas assez de pratique ».</p> <p>D15 : 61-62 : « je pense qu'ils ont du mal à faire le lien entre ...<u>nous</u>, ce que l'on apprend à l'école <u>et</u> ce que, <u>eux</u>, ils ont envie d'apprendre. »</p> <p>D15 : 62 : « ...ils trouvent qu'il y a un décalage. »</p> <p>D15 : 63-64 : « mais on va peut-être le résoudre avec les simulations. »</p> <p>D15 : 66-67 : « Enfin, moi, ce que j'exprime comme un i-idéal vers quoi on les mène, vers la qualité. »</p> <p>D15 : 67 : « On ne peut pas faire autrement que les mener vers <u>ça</u>. »</p> <p>D15 : 68-69 : « ils sont confrontés parfois à des réalités de terrain, où...i-ils sentent qu'ils ne pourront pas... faire de la qualité. »</p> <p>D15 : 72-73 : « ... à l'IFSI, on centre beaucoup notre travail sur la relation. »</p> | <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur</p> <p>Accompagnement*2: - Dimension didactique</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur</p> <p>Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Difficultés</p> <p>Accompagnement*2: - Dimension didactique</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>d16: Qu'est ce qui peut faciliter le processus dans notre formation qui est axée aujourd'hui sur le développement des compétences. Selon vous comment peut-on les aider ? C'est une grande question, mais ...dans l'apprentissage de ce maillage, ce mariage entre l'aspect théorique et la pratique, qu'essayez vous de mettre en place ? Comment vous vous y prenez vous, car cela fait un moment que vous faites de la pédagogie, alors vous comment vous y prenez vous, vous ?</p> <p>D16 : Je m'y prends pas euh...Comme tout le monde. Enfin, je crois.</p> <p>d17 : Oui ? mais peut-être avez-vous des petits trucs ? Vous vous dites peut-être je vais lui expliquer comme ça. Lors des guidances individuelles ou les suivis pédagogiques, lorsque vous percevez qu'ils sentent un décalage ou qu'il semble exister trop d'incompréhensions, qu'ils ont des difficultés à apprendre dans ce système ils ont du mal à voir la cohérence ou ne pas voir le sens de la théorie, que faites-vous ?</p> <p>D17 : Moi, lorsqu'ils sont en guidance, quand ils me disent ce genre de chose, je leur demande « donnez moi un exemple ». Et on travaille sur l'exemple, vous voyez ?</p> | <p>D17 : [...guidance...on travaille sur l'exemple...]</p> | <p>D17 :86-87 : « lorsqu'ils sont en guidance.... on travaille sur l'exemple. »</p> | <p>Accompagnement*²: - Dimension pédagogique</p> |
| <p>d18 : D'accord.</p> <p>D18 : Quand ils disent : « Il n'y a pas de liens entre ce que vous nous avez appris dans les processus tumoraux et ce que j'ai vu », je leur demande toujours de me donner un exemple.</p> | <p>D18 : [...pas de liens entre ce que vous nous avez appris...et ce que j'ai vu...]</p> <p>[... demande toujours...exemple...]</p> | <p>D18 : 89-90« Il n'y a pas de liens entre ce que vous nous avez appris ... et ce que j'ai vu »</p> <p>D18 : 90 : « je leur demande toujours de me donner un exemple. »</p> | <p>Articulation théorie/pratique - Difficultés</p> <p>Accompagnement*²: - Dimension pédagogique</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>d19 : D'accord. D19 : En général, il y en a. Il y a des liens. Mais, euh... je les fais chercher. Alors, quand ils disent qu'il n'y a pas de liens, je leur dis : « Dîtes moi pourquoi ? » En fait, je les fais travailler individuellement <u>sur</u> une situation, en fait. Donc, je le fais aussi quand je vais les voir en visite de stage. Euh... (<i>silence</i>) Quand justement, pareil, je vais beaucoup sur les situations, quoi. (<i>rires</i>)</p> | <p>D19 : [...je ...fais travailler individuellement ...] [...je ...fais travailler ...<u>sur</u> une situation...]</p> | <p>D19 : 93-94 : « je les fais travailler individuellement <u>sur</u> une situation . »</p> | <p>Accompagnement*² : - Dimension pédagogique</p> |
| <p>d20 : Très bien, cela m'amène justement sur l'autre question : pensez-vous que l'apprentissage du raisonnement clinique, nouvelle formule ou pas, ce n'est pas un souci, aide l'étudiant à <u>mieux</u> savoir apprendre en alternance ? Est-ce que ça peut être <u>une aide</u>, justement ? Parce que vous dites partir toujours de situations. D20 : A mon avis, c'est... c'est un des meilleurs moyens. <u>Mais</u>..., il faut être en mini groupes. J'ai fait récemment une analyse de situation avec mon petit groupe de troisième année, de douze ou treize. Et, euh...au moins deux étudiants m'ont dit : « j'ai compris, ce qu'était le raisonnement clinique et le jugement clinique ». Non seulement, j'avais ce jour-là, un groupe de douze ou treize étudiants mais en plus, j'avais une étudiante cadre avec moi. Et j'ai travaillé parfois avec des mini groupes en fait, de <u>trois ou quatre</u>.</p> | <p>D20 : [...c'est ... meilleurs moyens...] [...<u>Mais</u>...en mini groupes...trois ou quatre...] [...j'ai compris ...le raisonnement clinique ...]</p> | <p>D20 :101: « c'est un des meilleurs moyens » D20 : 101 :« <u>Mais</u>...il faut être en mini groupes.» D20 : 103 : « j'ai compris, ce qu'était le raisonnement clinique »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modalités Raisonnement clinique*¹ : - Modalités Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>d21 : Oui. D21 : Et là, on a pu approfondir mais <u>sur</u> ce groupe là, vous voyez. Parce que <u>là, ils ont compris</u> pourquoi c'était <u>important</u> de connaître la pathologie, pourquoi c'était important <u>de connaître</u> les traitements, pourquoi c'était important de connaître les réactions qu'on peut avoir face à l'annonce d'une maladie grave etc. Vous voyez pour moi, c'est...Voilà. Mais... cela <u>nécessite</u> non pas une relation duelle...mais <u>un formateur avec un tout petit groupe.</u></p> | <p>D21 : [...là... compris ...important de connaître...pathologie.. traitement.. réaction...]</p> <p>[...nécessite... un formateur avec un tout petit groupe.]</p> | <p>D21 : 109 110 : « Parce que <u>là</u>, ils ont compris pourquoi c'était important de connaître la pathologie, pourquoi c'était important de connaître les traitements, pourquoi c'était important de connaître les réactions»</p> <p>D21 : 111-112 :« Mais... cela nécessite non pas une relation duelle...mais un formateur avec un tout petit groupe. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modèle trifocal</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modalités</p> |
| <p>d22 : D'accord: est-ce que le raisonnement clinique en lui-même comme apprentissage favorise la mobilisation des connaissances des étudiants ? C'est la première partie de ma question, et la deuxième partie est : du fait d'apprendre le raisonnement clinique en petit groupe, ça, j'ai bien entendu que c'était plus facile. Les étudiants attribuent-ils plus d'importance aux savoirs théoriques en faveur du développement des compétences, par ce biais là, parce qu'ils apprennent à raisonner ? D22 : Tout à fait, réponse oui aux deux possibilités, parce que la deuxième c'est euh, euh, <u>ils comprennent... en faisant des exercices de raisonnement clinique</u> que les connaissances qu'on a, ce n'est <u>pas des connaissances pour des connaissances</u>, vous voyez ? « Ah oui, c'est vrai je comprends, le fait de comprendre le mécanisme, ce qui se passe au niveau des cellules m'aide à comprendre le traitement... ». Donc oui, pour moi, oui.</p> | <p>D22 : [... comprennent...en faisant ...exercices de raisonnement clinique...]</p> <p>[...pas ... connaissances pour ...connaissances...]</p> | <p>D22 : 119-120 : « ils comprennent... en faisant des exercices de raisonnement clinique »</p> <p>D22 : 120-121 :« les connaissances qu'on a, ce n'est pas des connaissances pour des connaissances, vous voyez ?»</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modalités</p> <p>Articulation théorie/ pratique : - Complémentarité</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>d23 : D'accord, Cela sous entend mobilisation des connaissances et que là ils ont déjà eu les cours et là, ils peuvent raccrocher ?</p> <p>D23 : Voilà, ils peuvent raccrocher et comprendre l'importance... d'avoir la connaissance. Vous voyez ? Ce n'est pas la connaissance pour la connaissance. « Quand je crache mes connaissances lors de l'évaluation, je coche les bonnes cases ». Et là, je pense que ça les aide à comprendre. « Si je connais bien les effets secondaires des corticoïdes, c'est bien de les connaître et de les réciter, quoi, mais, dans cette situation-là, pourquoi c'est important pour Monsieur Untel qui est diabétique ou je ne sais quoi ». Vous voyez ?</p> | <p>D23 : [... peuvent raccrocher...] [...comprendre...importance...connaissance...]</p> <p>[...Si je connais bien... effets secondaires ... situation-là...]</p> | <p>D23 : 126 : « Voilà, ils peuvent raccrocher et comprendre l'importance... d'avoir la connaissance. »</p> <p>D23 : 128-130 : « Si je connais bien les effets secondaires des corticoïdes, c'est bien de les connaître et de les réciter, quoi, mais, dans cette situation-là, »</p> | <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Complémentarité</p> |
| <p>d25 : Quand on connaît les étapes du raisonnement clinique, de la prise d'information à la pose du jugement clinique, donc l'identification des problèmes de santé, quelle étape vous semble la plus importante ?</p> <p>D25 : L'étape la plus importante entre les données qu'ils ont et le jugement clinique. C'est là, le plus important. C'est là que tout se joue, le moment de l'analyse.</p> | <p>D25 : [...étape... importante...]</p> <p>[...là...tout se joue...analyse...]</p> | <p>D25 : 141 : « L'étape la plus importante entre les données qu'ils ont et le jugement clinique. »</p> <p>D25 : 142 : « C'est là que tout se joue, le moment de l'analyse ».</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> |
| <p>d26 : Au moment de l'analyse ?</p> <p>D26 : Oui, quand les étudiants me disent « là, j'ai compris ». Ils ont des informations. Ils formulent des hypothèses, ils vont les confronter. Ils vont les confronter à d'autres infos. Ils vont les confronter à leurs connaissances. Il en manque. Et s'ils n'ont pas de connaissances... ? Et bien, ils ne peuvent pas analyser.</p> | <p>D26 : [...formulent ...hypothèses...] [...confronter...hypothèses... à...autres...infos... connaissances...]</p> <p>[... pas de connaissances...pas analyser...]</p> | <p>D26 : 144-146 : « Ils formulent des hypothèses, ils vont les confronter. Ils vont les confronter à d'autres infos. Ils vont les confronter à leurs connaissances. »</p> <p>D26 : 146 : « Et s'ils n'ont pas de connaissances... ? Et bien, ils ne peuvent pas analyser. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Processus</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>d27 : Selon vous, ce sont ces différentes confrontations qui représentent l'étape la plus importante ? D27 : Oui, moi, je trouve que c'est cette étape là parce que c'est là, où l'on peut pointer et trouver un moment un peu plus objectif où ce n'est pas seulement un exercice d'école. Cela devient un exercice où l'étudiant peut se rendre compte par lui-même. Il est obligé de faire des recherches et du coup, tout ne va pas lui être apporté sur un plateau. Mais même si, ça peut paraître une difficulté pour l'étudiant, moi, je trouve ça aussi intéressant qu'ils aillent les chercher.</p> | <p>D27 : [...pas seulement...exercice...école...] [...se rend compte... lui-même] [...obligé... faire ... recherches...] [...aillent... chercher...]</p> | <p>D27 : 149 : « ce n'est pas seulement un exercice d'école. » D27 : 149-150 : « Cela devient un exercice où l'étudiant peut se rendre compte par lui-même. » D27 : 150-151 : « Il est obligé de faire des recherches et du coup, » D27 : 151-152 : « moi, je trouve ça aussi intéressant qu'ils aillent les chercher. »</p> | <p>Accompagnement*2: - Dimension pédagogique</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> <p>Raisonnement clinique*1 : - Processus</p> <p>Articulation théorie/pratique : - Chemins de l'apprentissage</p> |
| <p>d28 : Oui, c'est intéressant justement... ? D28 : Oui, parce que par exemple, l'étudiante qui m'a dit : « Ah, j'ai enfin compris » elle, elle avait son... ses données et pchitt...hop « Y'a un risque infectieux ! C'était un espèce de truc, euh, vous voyez...ouverture de tiroirs .Et justement, là il s'agissait d'un cas de cancérologie complexe...Elle trouvait pas trop où était le problème et jusqu'ici elle faisait ça un peu par... « oui, là, c'est de la chir donc il y a un risque infectieux, un risque de douleur, un risque hémorragique » et quand vous lui disiez après : « oui, mais pourquoi il y avait un risque infectieux ? » elle avait du mal à....Donc, le, la partie la plus importante, bon, c'est celle du milieu. Après comment leur faire...euh comment l'appréhender, en fait, c'est ce que vous voulez dire ? Et bien...C'est bien ça qui est difficile, certains étudiants disent : « j'ai raté quelque chose, je n'ai pas compris ! »</p> | <p>D28 : [...l'étudiante ... j'ai enfin compris ...ouverture de tiroirs ...] [...oui, mais pourquoi... ?...]</p> | <p>D28 :154-156 : « Oui, parce que par exemple, l'étudiante qui m'a dit : « Ah, j'ai enfin compris » elle, elle avait son... ses données et pchitt...hop « Y'a un risque infectieux ! C'était un espèce de truc, euh, vous voyez...ouverture de tiroirs. » D28 : 158-159 : « quand vous lui disiez après : « oui, mais pourquoi il y avait un risque infectieux ? »</p> | <p>Raisonnement clinique*1 : - Processus</p> <p>Accompagnement*2: - Dimension pédagogique</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>d29 : J'ai compris que vous avez dit qu'il fallait une relation de proximité avec les étudiants pour interagir avec eux? D29 : Pour certains, oui vraiment ...des mini groupes et je pense qu'il est important, aussi, d'alterner les méthodes pédagogiques parce que c'est vrai, que parfois ils nous disent qu'ils en ont marre</p> | <p>D29 : [... important... alterner... méthodes pédagogiques...]</p> | <p>D29 : 165-166 : « je pense qu'il est important, aussi, d'alterner les méthodes pédagogiques... »</p> | <p>Accompagnement*² : - Dimension didactique</p> |
| <p>d30 : Peut-être parce qu'ils sont en grand groupe ? D30 : Oui, justement. d31 : Parce que l'attention n'est pas la même ? D31 : Oui, parce que l'on ne s'occupe pas particulièrement d'eux et on ne les fait pas avancer. Et, il y en a, je trouve. J'adore ça, moi, faire des analyses de situations,...c'est, c'est une enquête policière presque: j'ai des données, je réfléchis, ah ben tiens, je pense à ça, je pense à ça...et y en a quand ils ont compris ça : « ah oui, c'est vrai que c'est intéressant, en fait, voilà ». Mais comment susciter l'intérêt ? Comment leur faire comprendre que s'ils n'ont pas les connaissances... ?</p> | <p>D31 : [...occupe pas particulièrement d'eux ... fait pas avancer...]</p> <p>[...J'adore...moi...]</p> <p>[...analyses de situations,...enquête policière...]</p> <p>[...comment susciter l'intérêt ...]</p> <p>[...Comment leur faire comprendre...]</p> | <p>D31 : 170 : « Oui, parce que l'on ne s'occupe pas particulièrement d'eux et on ne les fait pas avancer. »</p> <p>D31 : 170-171 : « Et, il y en a, je trouve. J'adore ça, moi, faire des analyses de situations... c'est, c'est une enquête policière presque: »</p> <p>D31 : 173 : « Mais comment susciter l'intérêt ? »</p> <p>D31 : 173-174 : « Comment leur faire comprendre que s'ils n'ont pas les connaissances... ? »</p> | <p>Accompagnement*² : - Dimension pédagogique</p> <p>Accompagnement*² : - Dimension didactique</p> <p>Accompagnement*² : - Dimension pédagogique</p> <p>Accompagnement*² : - Dimension pédagogique</p> |
| <p>d32 : Hum, hum ? D32 : Mais par ce biais là, ils peuvent, je pense que si c'est mené en petit groupe et que si c'est amené comme une énigme, une recherche, une énigme. C'est la façon dont c'est amené, c'est de sortir de l'exercice scolaire où il faut trouver ça.</p> | <p>D32 : [... petit groupe...]</p> <p>[...amené comme...énigme...]</p> <p>[sortir de l'exercice scolaire ...]</p> | <p>D32 : 176 : « Mais par ce biais là, ils peuvent, je pense que si c'est mené en petit groupe »</p> <p>D32 : 176-177 : « si c'est amené comme une énigme, une recherche, une énigme. »</p> <p>D32 : 177-178 : « C'est la façon dont c'est amené, c'est de sortir de l'exercice scolaire où il faut trouver ça. »</p> | <p>Raisonnement clinique*¹ : - Modalités</p> <p>Accompagnement*² : - Dimension didactique</p> <p>Accompagnement*² : - Dimension didactique</p> |
| <p>d33 : D'accord. D33 : Et si on les autorise à trouver d'autres choses que nous on n'a pas trouvées, en fait ce qui nous intéresse est qu'ils se questionnent, qu'ils arrivent à quelque chose et qu'ils réussissent.</p> | <p>D33 : [et si ... autorise...]</p> <p>[...d'autres choses...nous...pas trouvées...]</p> | <p>D33 : 180 : « Et si on les autorise »</p> <p>D33 : 180 : « à trouver d'autres choses que nous on n'a pas trouvées »</p> | <p>Accompagnement*² : - Dimension pédagogique</p> <p>Accompagnement*² : - Dimension pédagogique</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | [...intéresse...questionnent...arrivent à quelque chose... réussissent...] | D33 : 180-181 : « ce qui nous intéresse est qu'ils se questionnent, qu'ils arrivent à quelque chose et qu'ils réussissent. » | Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur |
| d34 : Oui, tout à fait. D34: Peut-être qu'effectivement, on ne les valorise pas assez. Euh...Mais bon, euh... ils sont...Euh... C'est aussi parce que... bon, c'est comme ça ! Eux, ils pensent toujours qu'évaluation . Ils ne vous posent pas parfois la question : qu'est ce que vous attendez, vous ? grhh...(rires) | D34: [...Peut-être...valorise pas assez...] [...eux...qu'évaluation...] [...vous attendez... ?] | D34: 183: « Peut-être qu'effectivement, on ne les valorise pas assez. » D34 : 184 : « Eux, ils pensent toujours qu'évaluation. » D34 : 185 : « qu'est-ce que vous attendez, vous » | Accompagnement*²: - Dimension pédagogique Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur |
| d35 : Ils pensent évaluation ? D35 : Eh oui...ils sentent évaluation et combien de fois ils nous disent « l'autre formateur ne nous a pas dit ça ». Pfff : « Calme » ! Pas évaluation mais (tout bas) A-pprenti -ssage ... | D35 : [...Pas évaluation...A-ppren-tissage...] | D35 :187« « Calme » ! Pas évaluation mais (<i>tout bas</i>) A-pprenti -ssage. » | Représentations vis-à-vis de la formation : - Représentations du formateur |

6.3.3.3. Tableau d'analyse croisée des entretiens de Camille et Dominique

| ARTICULATION THEORIE/PRATIQUE | |
|-------------------------------|---|
| Sous thèmes | Propositions |
| Difficultés | C6: 22-23: « Pas évident au départ, c'est sûr, ça demande une adaptation » |
| | C8 : 39 : « Oui, effectivement, j'ai rencontré des difficultés, surtout dans les, on va dire, les trois premiers mois. » |
| | C19 : 91 : « C'est vrai que des fois on voit un petit fossé entre ce qu'on nous apprend à l'école et puis la réalité » |
| | C20 : 97 : « Alors des fois il y a des obstacles » |
| | C25 : 125: « mais on n'avait pas tout étudié d'un coup, il me manquait certaines choses » |
| | C25 : 126-127 :« des fois il y avait des mots, des mots employés qui ne me parlaient pas parce qu'on ne les avait pas encore étudiés. » |
| | C28 : 153-154 : « on nous explique des choses au niveau théorique cela nous parle mais sans plus » |
| | D2 : 5-6 : « Je pense qu'il peut faire une scission entre l'apprentissage théorique à l'école et l'apprentissage dit pratique en stage. » |
| | D3 : 9 : « ...entre les temps et les deux lieux, » « parfois être en difficulté pour, euh..., combiner. » |
| | D4 : 11-12 :« Justement combiner ce qu'il apprend à l'école, les ressources de ce qu'il apprend à l'école, les ressources de l'école, les ressources du stage » |
| | D4 : 13 : « parfois il a du mal à utiliser ses connaissances théoriques ...» |
| | D4 : 12-13 : « je reprends le mot...scission..., ce qu'il apprend à l'école, c'est très théorique... » |
| | D4 : 13-14 : « il a du mal à utiliser ses connaissances théoriques, à s'en servir pour analyser une situation en ...stage. » |
| | D6 :19-20 : « ...mais vous vous nous avez appris ça à l'école mais moi, en stage je n'ai pas vu la même chose. » |
| | D7 : 22 : « c'est une forme du décalage » |
| | D7 : 24 : « ce qu'on a appris à l'école c'est pas retransférer. » |
| | D15 : 68-69 : « ils sont confrontés parfois à des réalités de terrain, où...i-ils <u>sentent</u> qu'ils ne pourront pas... faire de la qualité. » |
| | D18 : 89-90 : « Il n'y a pas de liens entre ce que vous nous avez appris...et ce que j'ai vu » |

| | | |
|------------------------------------|-----------|--|
| Complémentarité | | C6 : 29 : « Pour pouvoir justement lier justement cette théorie à la pratique. » |
| | | C7 :33-34 : « Je prends l'exemple, ne serait-ce que par rapport au corps humain, pour pouvoir faire des soins on a besoin de connaître la physiologie de, de l'être humain, » |
| | | C20 : 95-96 : « donc je trouve que c'est bien qu'on ait ces bases là à l'école. » |
| | | C27 : 142 : « je dirais que c'est complémentaire » |
| | | C27 : 145 : « en pratiquant en stage c'était plus concret et je comprenais mieux. » |
| | | C27 : 146-147 : « c'est complémentaire qu'on puisse commencer par la théorie ou la pratique de toutes les façons, c'est quelque chose, ils sont liés » |
| | | C28 : 154 : « c'est vraiment en rencontrant la situation en stage » |
| | | C33 : 170-171 : « il est important de concilier la pratique à la théorie l'un ne va pas sans l'autre » |
| | | C33 : 174-175 : « j'ai remarqué aussi c'est que, même étant infirmier, j'ai vu qu'il y a des formations internes » |
| | | D22 : 120-121 : « les connaissances qu'on a, ce n'est pas des connaissances pour des connaissances, vous voyez ? » |
| | | D23 : 128-130 : « Si je connais <u>bien</u> les effets secondaires des corticoïdes, c'est bien de les connaître et de les réciter, quoi, mais, dans cette situation-là, » |
| Chemins l'apprentissage | de | C4 :11 : « pouvoir les pratiquer par exemple pour nous, c'est dans les lieux de stage pour l'instant » |
| | | C6 : 23-27 : « Je trouvais qu'il me manquait...on va dire la théorie pour pouvoir...comprendre certaines choses des actes que je pouvais faire. » |
| | | C7 :32-33 : « maintenant, quand je fais un acte, je, j'essaye de comprendre pourquoi je le fais.et comment je le fais. » |
| | | C7 : 34-35 : « comment il fonctionne et puis les pathologies et du coup, ça nous permet de comprendre pourquoi on fait tel ou tel soin. » |
| | | C7 : 35-36 : « Le pourquoi et le comment. et qu'elle est le, comment dire, la finalité. » |
| | | C8 : 40-42 : « j'étais aide-soignant et ça a été difficile, pour moi, de pouvoir, euh, et écouter et prendre des notes. ça a été une étape assez difficile » |
| | | C8 : 42 : « j'ai pu, j'ai su... m'adapter finalement » |
| | | C19 : 92 : « je pense que c'est quand même important de savoir les bases, on va dire, un travail de qualité » |
| | | C24 :118-121: « Je dirais qu'effectivement quand on n'a pas étudié une certaine pathologie avant le stage, euh, pour moi, c'est un obstacle car du coup on ne comprend pas trop notre démarche » |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Chemins de l'apprentissage | C25 : 128-129 : « finalement je faisais une recherche, j'avancais le travail qu'on allait avoir en cours. Du coup j'allais au renseignement, » |
| | C25 : 129-130 : « j'allais, par exemple sur internet ou sur les livres que je peux avoir à la maison. » |
| | C25 : 130 : « On achète des livres pour comprendre, pour en savoir un petit peu plus. » |
| | C25 : 131-132 : « Mais je dirais que c'est quand même important d'avoir les cours avant d'aller en stage. » |
| | C27 : 144 : « j'allais moi-même à la recherche des informations pour comprendre » |
| | C27 : 147-148 : « on apprend au niveau théorique et on applique, ou on applique et on va chercher à comprendre pourquoi ». |
| | C28 : 155 : « que, du coup, on assimile plus facilement et on retient plus facilement euh, ce travail en fait » |
| | D23 : 126 : « Voilà, ils peuvent raccrocher et comprendre l'importance... d'avoir la connaissance. » |
| | D27 : 151-152 : « moi, je trouve ça aussi intéressant qu'ils aillent les chercher. » |

| REPRESENTATIONS VIS-A-VIS DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS | |
|--|--|
| Sous thèmes | Propositions |
| Représentations de l'étudiant | C4 : 10 : « L'apprentissage en soins infirmiers, pour moi, c'est déjà nous donner des bases, au niveau théorique » |
| | C4 : 11-13 : « et pouvoir justement par la suite, en tant que professionnel... approfondir cette pratique et toujours en continu avec des formations internes » |
| | C4 : 13-14 : « ne pas oublier ce que l'on a appris et toujours être, comment dire, pouvoir je ne sais pas si l'on peut dire, à la page » |
| | C4 : 14-15 : « pour pouvoir continuer d'être à jour par rapport aux nouveautés aussi. » |
| | C6 : 28-29 : « Donc, d'où mon intérêt, pourquoi j'ai fait l'école d'infirmière. » |
| | C20 : 95 : « Pour avoir une qualité des soins pour le patient » |
| | C20 : 96-97 : « au niveau pratique on est toujours amenés,...on se questionne toujours pour, pour arriver à une qualité des soins. » |
| | C20 : 101-102 : « mais si on n'a pas ces bases solides on, je crains que notre travail après, en tant que professionnel se dégrade. » |
| | C33 : 171-172 : « puisque le but, euh, la finalité de cet apprentissage, c'est de pouvoir être autonome dans notre travail, dans notre futur travail en tant qu'infirmier. » |
| | C33 : 172-174 : « Donc il est important que ce qu'on a appris à l'école, que l'on puisse savoir se débrouiller par la suite dans, dans, euh, au travail. » |

| | |
|--|--|
| Représentations de l'étudiant | C33 : 175-176 : « Il faut toujours, en fait, s'informer, actualiser ses connaissances » |
| | C33 : 176-177 : « parce que c'est un métier où il y a beaucoup de nouveautés et je pense que c'est important que l'on soit toujours à s'actualiser » |
| | C34 : 181-182 : « je trouve qu'on a de la chance d'avoir un métier où on peut toujours, en fait, c'est toujours une évolution, une progression, s'enrichir régulièrement » |
| | C34 : 183 : « Le métier d'infirmier, pour moi c'est un métier où on évolue toujours » |
| | C34 : 184-185 : « je vais pouvoir aussi avoir des connaissances plus de connaissances » |
| | C34 : 185 : « s'enrichir et puis apporter aux autres aussi. » |
| | C37 : 197-198 : « Donc, j'ai trouvé que les formateurs, ...c'est comme cela que je le ressens maintenant » |
| Représentations du formateur | D7 : « ils l'inter-prè-tent différemment. » |
| | D13 : 48-49 : « cela fait partie de la formation, de notre enseignement mais c'est une <u>tou-oute</u> petite partie. » |
| | D13 : 49-50 : « Puisque nous, on est plus dans... les faire réfléchir, les faire analyser » |
| | D13 : 52-53 : « Et, ils n'arrivent pas à rejoindre nous, no-tre objectif, qui est... de les faire pratiquer, agir, faire mais surtout de leur faire comprendre ce qu'ils font. » |
| | D13 : 54-55 : « Alors c'est une petite partie d'étudiants, et c'est surtout en première année. Après il me semble ... qu'en troisième année, il y en a qui ont compris. » |
| | D14 : 57 : « Oui, il y a un cheminement. » |
| | D15 : 66-67 : « Enfin, moi, ce que j'exprime comme un i-idéal vers quoi on les mène, vers la qualité. » |
| | D15 : 67 : « On ne peut pas faire autrement que les mener vers <u>ça</u> . » |
| Représentations des étudiants pour le formateur | D35 : 187 : « Calme » ! Pas évaluation mais, apprentissage. » |
| | D7 : 26 : « Souvent le tuteur est important car nous on reste le formateur, le théoricien. » |
| | D12 : 45-46 : « ...quand ils arrivent, leur demande, enfin leur besoin, leur envie quand ils arrivent, leur demande c'est pratiquer... » |
| | D13 : 48 : « ... pratiquer c'est faire des gestes. » |
| | D13 : 51 : « ...parfois pour certains étudiants, on se rejoint pas. » |
| | D13 : 51-52 : « C'est... toujours leur demande de pratiquer, de techniques, de gestes ... » |
| | D15 : 60 : « On ne fait pas assez de pratique ». |
| | D15 : 61-62 : « je pense qu'ils ont du mal à faire le lien entre ... <u>nous</u> , ce que l'on apprend à l'école <u>et</u> ce que, <u>eux</u> , ils ont envie d'apprendre. » |
| | D15 : 62 : « ... ils trouvent qu'il y a un décalage. » |
| | D33 : 180-181 : « ce qui nous intéresse est qu'ils se questionnent, qu'ils arrivent à quelque chose et qu'ils réussissent. » |
| | D34 : 183 : « Eux, ils pensent toujours qu'évaluation. » |

APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT CLINIQUE

| Sous thèmes | Propositions |
|------------------------|--|
| Modèle trifocal | C9 : 48-49 : « Et finalement je me suis rendu compte après l'avoir utilisé, je me suis rendu compte vraiment, on prenait la personne dans sa globalité » |
| | C9 : 49-50 : « je n'oubliais pas certaines choses comme par exemple, euh, je l'utilise tout le temps maintenant » |
| | C9 : 50-52 : « on prend les problèmes de santé, des fois on s'arrête au problème de santé et des fois on oublie le côté psychologique qu'on appelle les réactions humaines et en même temps des fois les risques. » |
| | C10 : 54-55: « Quels sont les risques pour la personne, du coup je trouve que ce modèle trifocal est vraiment très complet » |
| | C10 :55-56 : « on prend les risques et le côté psychologique de la personne, euh, ainsi que sa famille. » |
| | C11 : 58 : « parce que c'est quelque chose que j'ai fait dès le départ. » |
| | C11 : 59-61 : « lors de mon stage précédent..., je me suis rendu compte parce qu'il y avait une élève aide soignante ...eux aussi, ils utilisent aussi, le modèle tri focal. » |
| | C12: 66 : « j'ai pu expliquer ça aussi à certains professionnels qui étaient intéressés en stage. » |
| | C22 :108: « Pour moi le raisonnement clinique, je reviens au modèle trifocal » |
| | C22 : 108-109 : « je trouve qu'il y a rien de superflu puisqu'on parle des problèmes » |
| | C22 : 109-110 : « qu'est-ce que la personne présente comme problème qu'est-ce qu'elle risque d'avoir. Comment elle est, qu'est-ce qu'elle ressent ? » |
| | C22 : 111-112 :« Pour moi le modèle trifocal, il est pas subjectif pour moi, il est vraiment objectif. » |
| | C23 : 114: « Oui, voilà, tout à fait, il concrétise pour moi. » |
| | C23 : 114 : « On est dans le vrai, ça me parle en fait. » |
| | C40 :212 : « La difficulté, c'était d'accepter ça, en fait. » |
| | D21 : 109 110 : « Parce que là, ils ont compris pourquoi c'était important de connaître la pathologie, pourquoi c'était important de connaître les traitements, pourquoi c'était important de connaître les réactions» |
| Processus | C9 : 47: « je ne comprenais pas trop, en fait, le but de...ce travail. » |
| | C11 :58: « Je le fais plus naturellement » |
| | C14 : 73-75: « je me rends compte quand même qu'avec toute la théorie que l'on a pu avoir » |
| | C14 : 75-76 :« on a un raisonnement clinique beaucoup plus approfondi et je pourrais même parler du haut raisonnement clinique. » |
| | C14 : 77 :« cela nous permet d'avoir plus d'ouverture, de, de, d'analyse. » |
| | C15 : 78 : « à analyser ce que je n'avais pas en début de formation. » |
| | C37 :195 « au début de la formation on comprenait pas trop...quand les formateurs nous expliquaient en fait ce nouveau référentiel, par rapport justement au raisonnement clinique. » |
| | C40: 208-209: « J'avais fait l'école d'aide-soignant et ce raisonnement là, donc, c'était ça en fait de pouvoir voir, |

| | |
|------------------|--|
| Processus | euh...un autre point de vue. |
| | D20 : 103 : « j'ai compris, ce qu'était le raisonnement clinique » |
| | D25 : 141 : « L'étape la plus importante entre les données qu'ils ont et le jugement clinique. » |
| | D25 : 142 : « C'est là que tout se joue, le moment de l'analyse ». |
| | D26 : 144-146 : « Ils formulent des hypothèses, ils vont les confronter. Ils vont les confronter à d'autres infos. Ils vont les confronter à leurs connaissances. » |
| | D27: 150-151 : « Il est obligé de faire des recherches» |
| | D27 : 149-150 : « Cela devient un exercice où l'étudiant peut se rendre compte par lui-même. » |
| | D28 : 154-156 : « Oui, parce que par exemple, l'étudiante qui m'a dit : «Ah, j'ai enfin compris » elle, elle avait son...ses données et pchitt...hop « Y'a un risque infectieux ! C'était un espèce de truc, euh, vous voyez...ouverture de tiroirs. » |

| ACCOMPAGNEMENT DANS L'APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT CLINIQUE | |
|---|--|
| Sous thèmes | Propositions |
| Dimension pédagogique | C37 : 199-200 : « ils ont fait preuve de beaucoup de, euh, voilà, ils ont réussi à nous amener quand même vers quelque chose de nouveau, pour qu'on puisse s'adapter » |
| | C37 : 201-202 : « Donc, les attentes pour moi c'est, euh, l'accompagnement dans quelque chose qui change un petit peu » |
| | C41 : 215 : « Donc je me dis que... après une fois que c'est expliqué correctement... on comprend le pourquoi et le comment, voilà. » |
| | D7 : 23 : « ... sur le terrain on ne le met pas forcément en mots... » |
| | D7 : 24-26 : « quand on va en visite de stage et que le tuteur est là : là, par contre, c'est intéressant parce que, lui le tuteur justement, il, il fait le lien. » |
| | D7 : 27 : « il y a ... des tuteurs qui sont très pointus, et eux, ils arrivent à dire à l'étudiant ...» |
| | D7 : 28 : « tu vois, ça, cette connaissance là, elle t'est nécessaire pour... » |
| | D19 : 93-94 : « je les fais travailler individuellement sur une situation . » |
| | D20 : 101: « c'est un des meilleurs moyens » |
| | D20 : 101 : « Mais ...il faut être en mini groupes.» |
| | D21: 111-112 : « Mais...cela nécessite non pas une relation duelle...mais un formateur avec un tout petit groupe. » |
| | D22 : 119-120 : « ils comprennent...en faisant des exercices de raisonnement clinique » |
| | D27 : 149 : « ce n'est pas seulement un exercice d'école. » |

| | |
|----------------------------------|--|
| Dimension pédagogique | D28 : 158-159 : « quand vous lui disiez après : « oui, mais pourquoi il y avait un risque infectieux ? » |
| | D31 : 170 : « Oui, parce que l'on ne s'occupe pas particulièrement d'eux et on ne les fait pas avancer. » |
| | D31 : 173 : « Mais comment susciter l'intérêt ? » |
| | D31 : 173-174 : « Comment leur faire comprendre que s'ils n'ont pas les connaissances... ? » |
| | D32 : 176 : « Mais par ce biais là, ils peuvent, je pense que si c'est mené en petit groupe » |
| | D33 : 180 : « Et si on les autorise » |
| | D34 : 183 : « Peut-être qu'effectivement, on ne les valorise pas assez. » |
| Dimension didactique | D17 : 86-87 : « lorsqu'ils sont en guidance.... on travaille sur l'exemple. » |
| | D18 : 90 : « je leur demande toujours de me donner un exemple. » |
| | D29 : 165-166 : « je pense qu'il est important, aussi, d'alterner les méthodes pédagogiques... » |
| | D31 : 170-171 : « Et, il y en a, je trouve. J'adore ça, moi, faire des analyses de situations... c'est, c'est une enquête policière presque: » |
| | D32 : 176-177 : « si c'est amené comme une énigme, une recherche, une énigme. » |
| | D32 : 177-178 : « C'est la façon dont c'est amené, c'est de sortir de l'exercice scolaire où il faut trouver ça. » |

7. Bibliographie

(s.d.).

Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.

Astolfi, J. P. (1993, octobre). Comment les élèves apprennent-ils ? *Sciences Humaines*, p. 27.

Aumont, B., & Mesnier, P.-M. (2005). *L'acte d'apprendre*. Paris: L'Harmattan.

Barbier, J. M. (1998). *Savoirs théoriques et savoirs d'action, Education et formation, Biennales de l'éducation*. Paris: PUF.

Bardin, L. (2011). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.

Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan.

Boisvert, J. (1999). *La formation de la pensée critique*. Bruxelles: De Boeck Université.

Charlot, B. (1997). *Du Rapport au Savoir Eléments pour une théorie*. Anthropos.

Chevrier, J., & Charbonneau, B. (2000). Le savoir apprendre expérientiel dans le contexte du modèle de David Kolb. *Revue des Sciences de L'éducation*, Vol 26 N°2, pp. 287-323. Récupéré sur erudit.org: <http://id.erudit.org/iderudit/000124ar>

Dubois Fresney, C., & Perrin, G. (2009). *Le métier d'infirmière en France*. Paris: PUF.

Fabre, M. (2005). "Deux sources de l'épistémologie des problèmes: Dewey et Bachelard". *dans Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, pp. 53-57.

Geay, A. (1999). *L'école de l'alternance*. Paris: L'Harmattan.

Geay, A. (2007). L'alternance comme processus de professionnalisation: implications didactiques. *Education permanente*, pp. 27-28.

Grawitz, M. (2001). *Méthodes en sciences sociales*. Paris: Dalloz.

Guibert, J., & Jumel, G. (1997). *Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Hesbeen, W. (2009). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris: Masson.

Higgs, J., & Jones, M. (2000). *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Oxford.

- Legroux, J. (1981). *De l'information à la connaissance*. Paris: Mésonnance.
- Malglaive, G. (1993). Alternance et compétences. *Les cahiers pédagogiques*, p. p.28.
- Marchal, A., & Psiuk, T. (2010). *La démarche clinique de l'infirmière*. Paris: Seli Arslan.
- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V., & Bordage, G. (2005, juin). Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *pédagogie médicale*, pp. 235-254.
- Perrenoud, P. (2004). Qu'est-ce-qu'apprendre ? *In Enfance & Psy*, pp. 9-17. Récupéré sur <http://unige.ch/SSE/teachers/perrenoud/php>
- Perrenoud, P. (2011). *Construire des compétences dès l'école*. Issy-les-Moulineaux: ESF.
- Psiuk, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique*. Bruxelles: De Boeck.
- Raynal, F., & Rieunier, A. (2009). *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés*. Issy-les-Moulineaux cédex: ESF.
- Rey, A. (2012). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert.
- Rey, A., & Rey-Debove, J. (1984). *Dictionnaire "Le Petit Robert"*. Paris: Le Robert.
- Unrug, M.-C. (1974). *Analyse de contenu De l'énoncé à l'énonciation*. Paris: Éditions Universitaires.
- Zarifian, P. (1999). *Le modèle de la compétence*. Rueil Malmaison: Liaisons.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 3 |
| 1. « CARE », « CURE », CURIOSITE : | 5 |
| 1.1. INTENTIONS SOIGNANTES ET DESIR D'APPRENDRE..... | 5 |
| 1.2. CONTEXTE..... | 6 |
| 1.3. CONSTAT | 8 |
| 1.4. CAP VERS UNE PREMIERE QUESTION DE DEPART | 8 |
| 1.5. CHEMINEMENT PRECISANT LA NOUVELLE QUESTION DE DEPART | 9 |
| 2. APPROCHE CONCEPTUELLE | 11 |
| 2.1. APPRENDRE..... | 11 |
| 2.1.1. <i>Etymologie du verbe</i> | 11 |
| 2.1.2. <i>Différentes approches de l'apprendre</i> | 11 |
| 2.1.3. <i>Information, connaissance et savoir</i> | 15 |
| 2.1.4. <i>Qu'est-ce qui relie connaissances et compétences ?</i> | 17 |
| 2.2. SE FORMER EN ALTERNANCE | 19 |
| 2.2.1. <i>Définition et typologie</i> | 19 |
| 2.2.2. <i>L'alternance selon André Geay</i> | 21 |
| 2.2.2.1. Une dimension institutionnelle..... | 22 |
| 2.2.2.2. Une dimension didactique | 22 |
| 2.2.2.3. Une dimension personnelle | 24 |
| 2.2.2.4. Une dimension pédagogique | 25 |
| 2.2.3. <i>Apprendre de l'expérience et rapport au savoir</i> | 25 |
| 2.2.3.1. A propos du rapport au savoir | 26 |
| 2.2.3.2. Apprendre par et dans l'expérience..... | 27 |
| 2.3. LE RAISONNEMENT CLINIQUE | 29 |
| 2.3.1. <i>Quelques repères historiques de la profession</i> | 29 |
| 2.3.2. <i>La démarche clinique et la démarche de soins</i> | 31 |
| 2.3.3. <i>Le raisonnement clinique</i> | 33 |
| 2.3.3.1. Définitions | 35 |
| 2.3.3.2. Le raisonnement clinique et processus de raisonnement..... | 35 |
| 2.3.3.3. Le recueil de données | 37 |
| 2.3.3.4. Le modèle trifocal | 38 |
| 2.3.3.5. Ateliers de raisonnement clinique | 40 |
| 2.3.3.6. Raisonnement clinique et développement de la pensée critique | 41 |

| | |
|---|------------|
| 3. DE LA QUESTION DE DEPART A LA PROBLEMATIQUE | 44 |
| 4. ENQUETE DE TERRAIN..... | 45 |
| 4.1. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE..... | 45 |
| 4.1.1. Le choix de la population étudiée | 45 |
| 4.1.2. Élaboration d'un guide d'entretien | 46 |
| 4.1.3. Méthodologie de la conduite d'entretien | 47 |
| 4.1.3.1. Le choix du lieu et de l'heure | 47 |
| 4.1.3.2. Le statut de l'interviewer | 48 |
| 4.1.3.3. Les stratégies de l'entretien | 48 |
| 4.1.3.4. La retranscription des entretiens | 48 |
| 4.2. ANALYSE DE CONTENU..... | 49 |
| 4.2.1. Elaboration des grilles d'analyse | 49 |
| 4.2.2. Analyse descriptive | 50 |
| 4.2.2.1. Analyse descriptive de l'entretien de Camille | 51 |
| 4.2.2.2. Analyse descriptive de l'entretien de Dominique | 54 |
| 4.2.2.3. Constat | 57 |
| 4.2.3. Analyse interprétative | 57 |
| 4.2.3.1. Articulation théorie-pratique | 57 |
| 4.2.3.2. Apprentissage du raisonnement clinique..... | 64 |
| 4.2.3.3. Accompagnement dans l'apprentissage du raisonnement clinique..... | 66 |
| 4.2.3.4. Synthèse..... | 68 |
| 5. CONCLUSION | 70 |
| 6. ANNEXES | 71 |
| 6.1. REFERENTIEL DE COMPETENCES EN SOINS INFIRMIERS DU 15 AOUT 2009..... | 71 |
| 6.2. GUIDE D'ENTRETIENS | 81 |
| 6.3. ENTRETIENS | 82 |
| 6.3.1. Transcription entretien Camille (étudiant) durée : 25minutes | 82 |
| 6.3.2. Entretien Dominique : formateur : Durée 20 minutes et 36 secondes..... | 89 |
| 6.3.3. Grilles d'analyse de contenu..... | 95 |
| 6.3.3.1. Grille d'analyse contenu de l'entretien de Camille, étudiant..... | 95 |
| 6.3.3.2. Grille d'analyse contenu de l'entretien de Dominique , formateur | 112 |
| 6.3.3.3. Tableau d'analyse croisée des entretiens de Camille et Dominique | 123 |
| 7. BIBLIOGRAPHIE | 130 |

Université François Rabelais de Tours

Arts et Sciences Humaines

Département des Sciences de l'Education et de la Formation

Année universitaire 2012-2013

| | |
|--|--|
| Auteur : Jocelyne GAILLARD | Mémoire de Master 1 Parcours spécifique des cadres de santé |
| Titre : « Explorer les chemins de l'alternance pour grandir en compétence » | |
| Résumé : La formation initiale des infirmiers s'inscrit dans un système en alternance. Articuler la théorie et la pratique est un gage de réussite dans ce système où formateurs et professionnels de terrain co-forment les futurs praticiens infirmiers. Depuis la rentrée 2009, l'apprentissage du raisonnement clinique en IFSI devient plus explicite en abordant les processus de raisonnement analytiques et non analytiques. Cette approche favorise le développement de la pensée critique des étudiants. Aussi, dans cette étude, nous nous interrogeons sur l'éventuelle contribution du raisonnement clinique dans l'articulation théorie-pratique caractérisant cette formation en alternance. | |
| Méthodologie : Entretiens semi-directifs | |
| Mots clés : Alternance, étudiant en soins infirmiers, articulation théorie-pratique, raisonnement clinique, pensée critique. | |

| |
|---|
| Title : « Exploring alternating paths in order to gain competency » |
| Summary : The initial nursing training is part of a system in alternation. Integrating theory and practice is the key to success within this process where teachers and field professionals co-train future nurse practitioners. Since September 2009, learning IFSI clinical reasoning becomes more explicit by addressing analytical and non-analytical reasoning processes. This approach encourages the development of student's critical thinking. In addition, in this study we wonder about the possible contribution of clinical reasoning and the link between theoretical and practical work, which characterize this sandwich training. |
| Methodology : Semi-structured interviews |
| Keywords : Sandwich training, nursing student, link between theory-practice, clinical reasoning, critical thinking. |